



RELATÓRIO DO TRABALHO DE PROJECTO

“GesTinDiabe”

GESTÃO INTEGRADA DA PREVENÇÃO E CONTROLO DA DIABETES NO ACES SOTAVENTO

Elaborado por:

Maria Otilia Dias Mestre

Sob orientação de:

Professora Manuela Pereira

Abril, 2012

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária

RELATÓRIO DO TRABALHO DE PROJECTO

“GesTinDiabe”

GESTÃO INTEGRADA DA PREVENÇÃO E CONTROLO DA DIABETES NO
ACES SOTAVENTO

Trabalho de projecto desenvolvido no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem em Saúde
Comunitária da Escola Superior de Saúde do IPB

Elaborado por:

Maria Otília Dias Mestre

Sob Orientação de:

Professora Manuela Pereira

BEJA

ABRIL 2012

À professora Manuela

***Pelo voto de confiança e credibilidade, pela
sua calma e boa vontade,***

o meu agradecimento.

"Não há nenhum caminho tranquilizador à nossa espera. Se o queremos, teremos de construí-lo com as nossas mãos."

Saramago, José. O Estado de S. Paulo. 2004

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ARS – Administração Regional de Saúde do Algarve
CNPCD - Coordenação Nacional da Prevenção e Controlo da Diabetes
CS – Centro de Saúde
HbA1c – Hemoglobina glicosilada
DM – Diabetes Méllitus
IDF - Internacional Diabetes Federation
OND – Observatório Nacional da Diabetes
PNCPD - Programa Nacional de Controlo e Prevenção da Diabetes
SINUS - Sistema de Informação Nacional de Utentes da Saúde
SUB – Serviço de Urgência Básica
SNS - Serviço Nacional De Saúde
TA – Tensão Arterial
Tx - Taxa
TSSS – Técnica Superior Serviço Social
TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de saúde Pública
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
WBS - Work Breakdown Structure

RESUMO

O deficiente controlo terapêutico dos diabéticos, a baixa taxa de diagnóstico, a inexistência de uma estratégia de prevenção do crescimento exponencial da incidência, aliadas ao déficit estrutural do programa de Gestão Integrada da Diabetes contribuem, para a baixa eficácia na Prevenção e Controlo Global da Diabetes no ACES Sotavento.

Como doença complexa, multifactorial e comportamental que é, a Diabetes carece de uma abordagem multidisciplinar, multi-sistémica, ao longo de todo o ciclo vital do indivíduo, em diversos contextos sociais e organizacionais, constituindo a “Gestão Integrada da Diabetes” uma estratégia essencial na racionalização de recursos, interligação de profissionais de saúde e parceiros da comunidade, mas sobretudo na coesão e coerência das intervenções.

Promover a prevenção primária, secundária, terciária e quaternária na Diabetes é prevenir transversalmente muitas das doenças crónicas não transmissíveis, dar mais anos à vida e mais vida aos anos.

Palavras Chave: Diabetes, gestão integrada, cuidados de saúde primários, comunitária.

ÍNDICE

(Pag.)

0 -	<u>INTRODUÇÃO</u>	10
1 -	<u>DEFINIÇÕES E CONCEITOS DA DIABETES E SUAS COMPLICAÇÕES</u>	13
1.1 -	CLASSIFICAÇÃO DA DIABETES E FACTORES DE RISCO	13
1.2 -	COMPLICAÇÕES E TRATAMENTO DA DIABETES	15
2 -	<u>A DIABETES EM NÚMEROS PELO MUNDO</u>	19
3 -	<u>ABORDAGENS ESTRATÉGICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA DIABETES</u>	21
4 -	<u>PREVENÇÃO DA DIABETES</u>	26
4.1 -	NÍVEIS DE PREVENÇÃO	27
4.2 -	DA GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA À GESTÃO INTEGRADA DA SAÚDE	28
5 -	<u>ESTRATÉGIA DE GESTÃO INTEGRADA DA DIABETES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS</u>	36
6 -	<u>PROJECTO DE GESTÃO INTEGRADA DA DIABETES NO ACES SOTAVENTO</u>	41
6.1 -	ESTUDO ESTRATÉGICO	43
6.2 -	FORMULAÇÃO DA ESTRATÉGIA	46
6.3 -	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	46
6.3.1 -	<u>Caracterização do ACES Sotavento</u>	47
6.4 -	PLANEAMENTO	68
6.5 -	ACOMPANHAMENTO ESTRATÉGICO	71
7 -	<u>ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO PROJECTO</u>	78
8 -	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	82
9 -	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	83
	ANEXOS	89
	Anexo I – Projecto “DiabGest”	90
	Anexo II – Organograma do ACES Sotavento	91
	Anexo III – Cronograma de Actividades	94

ÍNDICE TABELAS

	(Pag.)
Nº1 - Definição de intervenções por níveis de prevenção da diabetes nos cuidados de saúde primários	39
Nº 2 - População residente (N.º) no Sotavento, por local de residência e por sexo	52
Nº 3 - Número de Utentes inscritos por Médico de Família, no ano de 2010	53
Nº 4 - Distribuição da população inscrita no ACES Sotavento por sexo e grupo etário ...	54
Nº 5 - Recursos Humanos do ACES Sotavento por categorias profissionais	55
Nº 6 - Prevalência da Diabetes no ACES Sotavento de 2009 a 2011	56
Nº 7 - Avaliação do risco para a diabetes em Alcoutim	57
Nº 8 - Hierarquia de Objectivos, definição de indicadores, iniciativas/actividades, orçamento, fontes de verificação pressupostos	72

ÍNDICE GRÁFICOS

	(Pag.)
Nº1 - Idade dos Profissionais do ACES Sotavento	55
Nº2 - Distribuição da população por IMC	60
Nº 3 - Distribuição da população masculina por valores de Perímetro Abdominal	60
Nº 4 - Distribuição da população feminina por valores de Perímetro Abdominal	61
Nº 5 - Nº de grávidas diabéticas seguidas no hospital de Faro de 1991 a 2009 Nº de grávidas diabéticas seguidas no hospital de Faro de 1991 a 2009	61
Nº 6 - Estudo do Pé realizado a 101 diabéticos no ACES Sotavento em 2011	62
Nº 7 - Amputações nos Hospitais do Algarve por concelho de residência – 2010	63

ÍNDICE FIGURAS

	(Pag.)
Nº1 - Organograma de Gestão Integrada da Diabetes nos Cuidados de Saúde Primários	38
Nº2 - WBS – Gestão Integrada da Diabetes no ACES Sotavento	42
Nº 3 - Análise SWOT	43
Nº 4 - Análise de Stakeholders	45
Nº 5 - Definição da Missão, Visão e Valores do Projecto	46
Nº 6 - Mapa do ACES Sotavento	51
Nº 7 - “Retrato” da pessoa diabética de Alcoutim	58
Nº 8 - “Retrato” da pessoa diabética de Tavira	59
Nº 9 - Identificação de Problemas	66
Nº 10- Formulação de objectivos	67

0 – INTRODUÇÃO

A diabetes é hoje considerada um problema de saúde pública, uma pandemia mundial com implicações sócio económicas que ameaçam os objectivos de desenvolvimento internacionais perspectivados para o actual milénio.

Para além do sofrimento humano que as complicações da diabetes causam na própria pessoa e seus familiares, os custos inerentes aos cuidados de saúde, a perda de rendimentos, de produtividade e do desenvolvimento do potencial humano traduzem-se em custos económicos elevados para a sociedade em geral, bem como em problemas de ordem humanitária e social, sobretudo na actual conjuntura socioeconómica, que diz respeito a toda a sociedade.

Para além da sua elevada prevalência, a Diabetes, por implicar um risco significativamente acrescido da doença coronária e de acidente vascular cerebral, constitui actualmente uma das principais causas de morbilidade e mortalidade.

A nível mundial, em 2011, estimou-se que 8,3% da população adulta tinha diabetes, vitimando 4,6 milhões de pessoas. Prevê-se o aparecimento de 3 novos casos a cada 10 segundos, com um incremento de 50% na sua prevalência, elevando para 552 milhões as pessoas com diabetes no mundo em 2030. (20)

Na União Europeia, em 2011 estimou-se a existência de 52,8 milhões de pessoas com diabetes, prevendo-se um aumento de 22% até 2030 e registaram-se cerca de 600 mil mortes relacionadas com esta problemática. (20)

Na população Portuguesa, em 2010, estimou-se uma prevalência ajustada de 12,4% de diabetes (7% diagnosticada e 5,4% por diagnosticar) e de 26% de Prevalência de Hiperglicemia Intermédia (qualquer alteração ocasional registada a nível da glicémia), elevando para 38,4% as pessoas com incidentes de alteração nas suas glicémias. (7)

No ACES Sotavento em 2011 existiam 3300 diabéticos registados no SINUS, correspondendo a uma prevalência ajustada à população residente de 5,37%.

A baixa eficácia na Prevenção e Controlo Global da Diabetes consiste num problema real e preocupante não só do ACES Sotavento, mas transversal à população mundial.

A objectividade dos números não traduzem os custos intangíveis ou psicossociais desta pandemia mas alertam-nos certamente para a necessidade urgente de definir estratégias com vista à prevenção primária, secundária, terciária e quaternária, no controlo da diabetes e suas complicações.

A criação dos ACES, das diversas unidades funcionais e do Conselho Clínico constituíram uma oportunidade de promover a gestão integrada dos cuidados, nomeadamente da Diabetes, constituindo desde 2009 um foco de particular atenção no ACES Sotavento, por parte do presidente e vogal de enfermagem do conselho clínico, que dinamizaram um conjunto de actividades no âmbito do diagnóstico e tratamento da diabetes.

Neste sentido, em 2010, surge o desafio de integrar o projecto “DiabGest – Gestão integrada de prevenção e controlo da Diabetes Mellitus Tipo 2” coordenado pela DGS, ACSS e CNPCD, que tendo conhecimento dos trabalhos desenvolvidos neste ACES lhe propõe a sua adesão, representando uma das 5 unidades piloto a nível nacional. (Anexo I)

A adesão a este projecto constituiu mais um estímulo ao investimento na prevenção da diabetes, faltando no entanto uma definição estratégica, um planeamento devidamente estruturado e articulado, a avaliação sistemática, a interligação multidisciplinar entre os diversos prestadores de cuidados e o envolvimento da comunidade, que coloca em risco o seu sucesso e continuidade, sobretudo mediante a eminência dos seus dinamizadores (Presidente e Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico) se ausentarem.

O privilégio da visão abrangente e da autonomia inerente ao desempenho de funções de Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico, aliada à oportunidade de desenvolver um trabalho académico enquanto estudante do I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária, da Escola Superior de Saúde / Instituto Superior Politécnico de Beja, constituíram condições favoráveis ao desenvolvimento de competências académicas em contexto de trabalho, aliando teoria e prática, interagindo com outros profissionais na promoção de “Boas Práticas”, na definição de estratégias e instrumentos de trabalho promotores de mais e melhor saúde da população do Sotavento Algarvio e concomitantemente o enriquecimento pessoal e profissional proporcionado por esta vivência.

A revisão da literatura concebida com base na análise de artigos, essencialmente por pesquisa em websites internacionais e nacionais sobre a diabetes, a evidência baseada na experiência profissional, na partilha de conhecimentos multidisciplinares e a recolha de dados conducentes ao diagnóstico da situação, com base no desenvolvimento do trabalho de projecto, constituíram a **metodologia** que sustenta e fundamenta o **objectivo principal** de

Promover a eficácia na Prevenção e Controlo Global da Diabetes nos utentes inscritos (61442) no ACES Sotavento.

A definição de estratégias de prevenção multisectorial de cooperação colectiva e coordenada entre os diversos prestadores de cuidados de saúde e a comunidade, aos 4 níveis de prevenção, surgem para dar resposta aos objectivos formulados a partir da identificação de problemas baseados no diagnóstico, de acordo com a **metodologia de planeamento por objectivos** que sustenta e materializa a apresentação do presente relatório de trabalho de projecto.

O objectivo geral deste relatório consiste em descrever e fundamentar todas as etapas, ferramentas e instrumentos de gestão e planeamento do projecto de gestão integrada da diabetes elaborado para o ACES Sotavento.

Serão apresentados alguns conceitos e indicadores da área da diabetes, seguindo-se o planeamento estratégico que contemplará a elaboração de matriz de stakeholders, análise swot, definição estratégias de visão, missão e valores e apresentação da WBS. Será apresentado o diagnóstico da situação, a identificação de problemas, a formulação de objectivos, definição de indicadores e o planeamento de estratégias, iniciativas e actividades. São previstos momentos e instrumentos de avaliação e apresentado um cronograma.

Gestão dos Processos por Indicadores, definidos em métricas numéricas mensuráveis que permitem a avaliação sistemática dos resultados, com base na metodologia do Balanced Scorecard (BSC)

1 – DEFINIÇÕES E CONCEITOS DA DIABETES E SUAS COMPLICAÇÕES

A conceptualização é um requisito fundamental para a compreensão dos fenómenos, para a uniformização da linguagem e dos procedimentos e para a fundamentação dos pressupostos teóricos aliados à prática clínica.

1.1 – CLASSIFICAÇÃO DA DIABETES E FACTORES DE RISCO

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue (ou hiperglicémia), classificada em tipo 1, tipo 2, Gestacional e “outros tipos”, de acordo com a sua etiologia. (20,47)

A Diabetes tipo 1 representa 5 a 10% de todos os casos, mais frequente na infância e na adolescência e resulta da destruição das células β dos ilhéus de Langerhans, com falência na produção de insulina (implica insulino-terapia). (20,47)

A Diabetes tipo 2 representa cerca de 90% dos tipos de Diabetes, resultante da deficiente produção de insulina ou resistência do organismo à sua utilização, frequentemente associada a obesidade, sobretudo abdominal, hipertensão arterial e dislipidémias. Surge predominantemente após os 40 anos, aumentando a sua probabilidade ao longo da idade, é muitas vezes clinicamente silenciosa sendo o seu diagnóstico frequentemente definido paralelamente a outras inter-recorrências ou aquando o surgimento de complicações major. (20,47)

A Diabetes Gestacional é caracterizada pelo surgimento de alterações no metabolismo da glicose que se manifesta primariamente durante a gravidez, independentemente de necessitar ou não de insulina, com Glicemia plasmática em jejum maior ou igual a 92 mg/dl e menor que 126 mg/dl. Habitualmente o término da gravidez pressupõe a regularização das glicémias da grávida e recém-nascido, sendo ambos mais susceptíveis de vir a desenvolver Diabetes posteriormente. (20)

Os “**outros tipos**” específicos de diabetes correspondem a situações cuja etiologia se relaciona com alterações genéticas, endocrinopatias diversas, indução por químicos ou fármacos. (47)

Analiticamente há forte suspeita de Diabetes se a Glicémia é superior a 126 mg/dl em jejum e 200 mg/dl em qualquer altura do dia. Valores superiores a 110 mg/dl em jejum ou superiores a 140 mg/dl duas horas após o consumo de açúcar ou alimentos açucarados levanta fortes suspeitas de Pré-Diabetes (risco elevado de vir a desenvolver diabetes), designada hiperglicemia intermédia. (47)

Constituem critérios de diagnóstico: (47)

- Glicémias iguais ou superiores a 200mg/dl na prova de tolerância à glicose oral (PTGO);
- Hemoglobina Glicada A1c (HbA1c) igual ou superior a 6,5%.

A HbA1c (cujos valores normais são de 4 a 6%), permite identificar a concentração média de glicose no sangue durante longos períodos de tempo (3 meses), independentemente de alterações de concentrações episódicas, não sendo alterada por uma dieta com restrição de açúcares alguns dias antes da análise. Quanto mais elevados os valores menos controlada se encontra a Diabetes e maior é o risco de complicações (sobretudo se valores superiores a 8%). Valores inferiores a 4% também são de risco por traduzirem hipoglicémias.

As estratégias de redução da incidência e do diagnóstico precoce têm como base a identificação e definição dos factores de risco ao desenvolvimento da diabetes. A IDF considera-se como **critérios de classificação de risco acrescido** de desenvolver diabetes as pessoas com : (47)

- Excesso de peso (IMC»25) e Obesidade (IMC»30)
- Obesidade central ou visceral (perímetro abdominal no Homem »94 cm e na Mulher »80 cm)
- Idade (mais de 45 anos se europeus, de 35 anos se de outra região do mundo).
- Sedentarismo.
- História familiar de diabetes, em primeiro grau.
- Antecedentes de Diabetes Gestacional.
- Antecedentes de doença cardiovascular (cardíaca isquémica, cerebrovascular e arterial periférica.
- Hipertensão Arterial.
- Dislipidemia.
- História de anomalia da glicemia em jejum e tolerância diminuída à glicose.

- Consumo de fármaco que predispõem à Diabetes

A diabetes é considerada uma doença silenciosa na medida em que a persistência de um nível elevado de glicose nos tecidos e sua consequente lesão, pode prologar-se por um período assintomático arrastado, culminando na manifestação de complicações irreversíveis ou até fatais.

1.2 - COMPLICAÇÕES E TRATAMENTO DA DIABETES

Contrariamente ao desejado, o diagnóstico é frequentemente estabelecido tardiamente, verificando-se a ocorrência de pelo menos uma complicação no momento do diagnóstico, em mais de 50% das pessoas. (41,24)

A diabetes mal controlada associa-se ao desenvolvimento de complicações como a neuropatia, a insuficiência renal, a perda de visão, doença macrovascular e amputações, para além da cetoacidose, hipo e hiperglicémia. As complicações macrovasculares constituem a principal causa de morte nas pessoas com diabetes, contribuindo de forma significativa para as taxas de morbilidade e mortalidade por doenças cardiovasculares.(24)

Na Diabetes, as complicações vasculares constituem uma das principais causas de morbimortalidade (25% dos internamentos por AVC são em pessoas diabéticas), as alterações circulatórias periféricas (18% dos internamentos em diabéticos), culminando frequentemente nas amputações dos membros inferiores e nas patologias oftalmológicas (24% dos internamentos). (7)

Estudos recentes estabelecem uma correlação positiva entre a diabetes e o risco para enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC), com um aumento em quase 40% nas pessoas com diabetes tipo 2 comparativamente às pessoas sem diabetes.(8)

Foi recentemente colocado em evidência que 75% das pessoas com diabetes, em cinco países europeus, entre os quais Espanha, não têm um controlo adequado da sua doença, com todas as implicações socioeconómicas que daí advêm, desde o risco acrescido de complicações, sofrimento humano à perda de produtividade e custos para a sociedade. (50)

Em Portugal os internamentos em que a diabetes surge com o diagnóstico associado aumentou 115,2% entre 2000 e 2010.

Em 2010, cerca de 74% dos diabéticos diagnosticados encontravam-se inscritos em Unidades de Saúde Familiares (USF), com uma taxa de cobertura de vigilância médica de 85,3%. Verificou-se que 55,5% apresentam um bom controlo das suas glicémias ($HbA1C < 6,5$), apenas 17% tinham controlo de colesterol total e 34,9% apresentavam Tensões Arteriais com valores inferiores a 130/80 mmHg. Registaram-se observações do pé a 68,4% dos diabéticos, no entanto verificaram-se 1622 amputações, à semelhança do ocorrido nos últimos 5 anos, mas pela primeira vez na última década as amputações major foram ligeiramente inferiores às minor. (7) No Algarve e sobretudo no ACES Sotavento esta é a complicação da diabetes cujos indicadores apresentam valores com impacto mais negativo comparativamente aos valores de referência nacionais.

Segundo estudo realizado no âmbito da Consulta Multidisciplinar de Pé Diabético (CMPD) do Centro Hospitalar do Porto, a patologia do pé surge em cerca de 15% dos doentes diabéticos, dos quais 16% foram sujeitos a amputações. Foi estabelecida uma correlação positiva entre as amputações major e o sexo masculino, mais idade, maior antiguidade da doença, descontrolo metabólico, pé neuro-isquémico, infecção grave e úlcera profunda. A maioria das situações foi referenciada pelos cuidados de saúde primários. (9)

Estudos internacionais prevêem estimativas mais elevadas, na ordem dos 25%, para o risco dos diabéticos virem a desenvolver úlceras do pé diabético. (58)

Foi ainda estabelecida uma forte associação entre diabetes mal controlada e depressão o que, por sua vez, poderá criar obstáculos significativos a um controlo efectivo da diabetes. (2)

O **objectivo principal no controlo da diabetes** é reduzir todos os parâmetros glicémicos para valores tão perto dos de referência definidos, quanto for seguramente possível, de forma a prevenir complicações e a permitir à pessoa com diabetes uma vida saudável e plena, sem grandes limitações, através de um tratamento adequado, incluindo a alimentação, actividade física, educação para a autogestão da doença (auto vigilância e autocontrolo) e farmacológico (antidiabéticos orais e/ou insulina).

Os valores de referência para os parâmetros glicémicos bem como as normas, orientações, *guidelines* e indicadores estão definidos pela IDF e pelo PNPCD. (20,47)

Os principais **valores de referência e metas preventivas e terapêuticas** orientadoras IDF e pelo PNPCD são: (19,35)

1 - Metabolismo da glicose:

- $HbA1c < 6,5 \%$;

- Glicemia no plasma / soro venoso, em jejum <108 mg/dl (6,0 mmol/L).
 - Glicemia no plasma /soro venoso, pós-prandial: < 140 mg/dl (7,8 mmol/L).
- 2 - Tensão arterial:
- < 130/80 mmHg
- (em caso de insuficiência renal, proteinúria > 1g/24h < 125/75 mm Hg).
- 3 - Lípidos sanguíneos:
- Colesterol total < 175 mg/dl (4,5 mmol/L);
 - LDL- colesterol < 100 mg/dl (1,8 mmol/L);
 - HDL- colesterol no homem > 40 mg/dl (1,1 mmol/L) e na mulher > 46 mg/dl (1,2 mmol/L);
 - Triglicerídeos < 150 mg/dl (1,7 mmol/L)
- 4 - Cessação tabágica: Obrigatória.
- 5 - Actividade física regular: 30-45 minutos/dia.
- 6 - Controlo de peso: IMC (kg/m²) < 25 (em caso de excesso de peso – redução de 10%).
- 7 - Diâmetro da cintura: Homem < 94 cm e Mulher < 80 cm.

Relativamente à **prevenção e tratamento do pé diabético**, um dos problemas seriamente preocupantes na região do Algarve e sobretudo no ACES Sotavento, a DGS definiu uma orientação técnica relativamente à abordagem multidisciplinar de prevenção e tratamento do pé diabético, organizando em três níveis os cuidados de saúde a prestar, de acordo com os objectivos e intervenções: (44)

Nível I: Prevenção e tratamento de lesões não ulcerativas ou superficiais

Intervenções:

- a) Educação para a saúde da pessoa com diabetes, familiares e cuidadores;
- b) Observação do pé com avaliação do risco e das medidas preventivas necessárias;
- c) Prestação de cuidados em lesões não ulcerativas;
- d) Realização de tratamento de úlceras superficiais;
- e) Monitorização da evolução da patologia ulcerativa em acompanhamento noutro nível de cuidados de saúde (hospitalar).

Nível II: Tratamento de lesões ulcerativas e/ou isquémicas

Intervenções:

- a) Avaliação dos casos com patologia ulcerativa e/ou isquêmica;
- b) Avaliação dos casos com patologia ulcerativa complicada por infecção e/ou necrose, a necessitar de eventual desbridamento cirúrgico e internamento;
- c) O reforço da educação e de medidas preventivas de futuras lesões.

Nível III:

Intervenções:

- a) Avaliação de casos clínicos complexos;
- b) Identificação da necessidade de avaliação vascular;
- c) Proceder a intervenções vasculares adequadas;
- d) O reforço da educação e de medidas preventivas de futuras lesões.

As equipas multidisciplinares dos cuidados de saúde primários devem investir fortemente na prevenção primária da lesão do pé diabético através da educação para a saúde das pessoas com diabetes, seus familiares e cuidadores, abordando os cuidados de higiene e hidratação a ter com os pés, reconhecimento e afastamento dos agentes agressores, as características do calçado adequado, uso de palmilhas ou suportes plantares e a remoção de calosidades por profissional competente. A observação sistemática do pé para despiste precoce de sinais de alerta e os devidos cuidados ungueais são fundamentais.

O risco vascular, neurológico e as lesões devem ser detectados e tratados tão precocemente quanto possível.

2 – A DIABETES EM NÚMEROS PELO MUNDO

Uma análise sistemática (de 1980 a 2008), recentemente publicada, de estudos relacionados com Glicémias e Prevalência da Diabetes a uma população alvo de 2.7 milhões de adultos de 199 países e territórios (Europa, América, Ásia, África e Oceânia), estimou para 2008 uma prevalência mundial de 347 milhões de adultos com diabetes, afectando 9,8% da população do sexo masculino e 9,2% da população do sexo feminino. (13)

A nível mundial, em 2011, estimou-se que 8,3% da população adulta tinha diabetes (com 50% ainda por diagnosticar), com maior prevalência entre os 40 e os 59 anos, vitimando 4,6 milhões de pessoas e representando 11% do total de gastos em saúde. Prevê-se o aparecimento de 3 novos casos a cada 10 segundos, com um incremento de 50% na sua prevalência, elevando para 552 milhões as pessoas com diabetes no mundo em 2030.(20)

Na União Europeia, em 2009, estimou-se a existência de 32 milhões de cidadãos com diabetes (10% da população), entre os 20 e os 79 anos, acrescendo outros tantos com intolerância reduzida à glicose (potenciais diabéticos) e registaram-se 325 mil mortes (um cidadão a cada dois minutos) devido à diabetes e respectivas complicações. Em 2011 este número ascendeu aos 52,8 milhões, prevendo-se um aumento de 22% até 2030.

Registaram-se cerca de 600 mil mortes relacionadas com a diabetes e, embora a prevalência seja mais elevada no sexo masculino do que no feminino, verificou-se uma maior taxa de mortalidade, de cerca de 3%, no sexo feminino (com maior número de mortes por volta dos 55 anos) comparativamente ao masculino (com maior número de mortes por volta dos 65 anos). (19,20)

Na população Portuguesa, em 2010, estimou-se uma prevalência ajustada de 12,4% de diabetes (7% diagnosticada e 5,4% por diagnosticar), entre os 20 e os 79 anos, (991 mil indivíduos), em que 14,7% são do sexo masculino e 10,2% são do sexo feminino. Foi estabelecida uma correlação directa entre o incremento da Diabetes e o envelhecimento e o Índice de Massa Corporal (IMC) e inversa relativamente ao nível de educação. Estimou-se ainda 26% de Prevalência de Hiperglicemia Intermédia (qualquer alteração ocasional registada a nível da glicémia), elevando para 38,4% as pessoas com incidentes de alteração nas suas

glicémias. Os gastos imputados à diabetes representaram 11% do total da despesa em saúde, tendo o consumo de medicamentos para a diabetes aumentado cerca de 78% entre 2000 e 2009. (6,7)

A incidência da Diabetes Tipo I nas crianças e jovens praticamente duplicou de 2000 para 2010, com uma Taxa de Prevalência de 0,10% até aos 14 anos e de 0,13% até aos 19 anos.

Igualmente, em Portugal Continental, a Prevalência da Diabetes Gestacional também tem vindo a aumentar, estimando-se um valor de 4,4% em 2010.(7)

No âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em 2010, foram prestados cuidados de saúde a 25 990 utentes, na sua maioria idosos, dos quais 3503 tinham o diagnóstico de diabetes, correspondendo a uma prevalência de 13,5%. (7)

Na Região do Algarve, a 31/12/2010 a prevalência da Diabetes era de 4,8% sobre a população residente, o que nos leva a depreender que existem mais de 7% de pessoas (mais de 3 500) com Diabetes sem diagnóstico estabelecido (comparativamente às estimativas nacionais). A prevalência no sexo masculino é superior na ordem de 2,6% comparativamente ao feminino.(4)

NO ACES do Sotavento, um dos 3 ACES da Região do Algarve, cuja área de influência abrange os Concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Vila Real de Santo António e Tavira, a taxa de prevalência estimada da diabetes passou de 5,2% para 6,16% de 2009 a 2011, afectando predominantemente pessoas com 60 e mais anos (76% do total de diabéticos), com uma ligeira predominância nas mulheres.

Os números na sua objectividade não retractam a totalidade dos fenómenos mas evidenciam factos e mostram tendências que nos alertam para a dimensão da problemática e nos orientam na definição do diagnóstico, das prioridades, das estratégias e do planeamento de actividades promotoras ao controlo e redução do impacto perspectivado, constituindo a informação uma ferramenta preciosa.

“Tenemos las pruebas. Ahora, con el Plan Mundial contra la Diabetes en la mano, estamos un paso más cerca de detener muchas muretes evitables y reducir el sufrimiento que causa la diabetes.”

Professor Jean Claude Mbanya, presidente da IDF (23)

3 – ABORDAGENS ESTRATÉGICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA DIABETES

A necessidade de inverter a tendência exponencial da diabetes e suas complicações, sendo muito pertinente e actual, conta já com um longo percurso.

A IDF assume a liderança estratégica global da diabetes no mundo desde 1950, contando com a participação de mais de 200 associações de diabetes em mais de 160 países. Tem como missão desenvolver o tratamento e a prevenção da diabetes em todo o mundo e como objectivos estratégicos impulsionar a mudança em todos os níveis, do local ao global, aumentar o acesso a medicamentos essenciais, desenvolver e incentivar as melhores práticas na gestão de diabetes, na política e educação, desenvolver pesquisa científica na área da prevenção e tratamento, interceder pelos direitos das pessoas com diabetes e combater a discriminação. (21)

Em Outubro de 1989 realizou-se a primeira reunião internacional do Programa de Acção sobre a Diabetes, em Itália, St. Vicent, organizada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e IDF, na qual Portugal se fez representar e assumiu o compromisso de desenvolver um plano no sentido de diminuir a morbilidade e a mortalidade relacionadas com a Diabetes.

Em Portugal, o Programa Nacional de Controlo da Diabetes, dos mais antigos programas nacionais de saúde pública, desde a década de setenta que tem sofrido uma sucessão de revisões, de acordo com as reorganizações dos serviços de saúde, as políticas e as directrizes em vigência. Assinala-se a revisão em 1998, com reconhecido mérito pela OMS, por perspectivar uma aproximação ao modelo de gestão integrada da diabetes, visando o desenvolvimento de parcerias com todos os intervenientes no processo da sua vigilância, incluindo protocolos de colaboração envolvendo o Ministério da Saúde, Associações de Diabéticos, comunidade científica, indústria e serviços farmacêuticos, congregando esforços no sentido de melhorar a acessibilidade das pessoas com diabetes aos dispositivos indispensáveis à sua auto vigilância.

Muitos estudos, planos, programas, projectos, normas e protocolos se sucederam até então sem que se tenha conseguido inverter a tendência do crescimento exponencial da diabetes e das suas complicações em Portugal. Face a este desafio e à necessidade de

aumentar os ganhos em saúde, surge em 2008 o actual Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNCPD), sobe tutela da Direcção Geral da Saúde (DGS) e como parte integrante do Plano Nacional de Saúde (2004-2008), que contou com os contributos da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) e das Associações de Diabéticos. (47)

O Plano Nacional de Saúde, perspectivando a obtenção de ganhos em saúde, considerou prioritárias as estratégias centradas na família e no ciclo de vida, na gestão da doença, na centralização da mudança no cidadão e reconheceu a diabetes como um problema de saúde pública susceptível de uma abordagem particular, prevista nas orientações estratégicas e intervenções definidas no PNPCD.(45)

A Assembleia Geral das Nações Unidas reconheceu recentemente a necessidade urgente de intensificar as medidas adoptadas nos planos mundiais (2008-2013), nacionais e regionais para prevenir e controlar as doenças não transmissíveis, entre as quais a Diabetes. As estratégias devem contemplar a priorização de uma acção multisectorial de cooperação colectiva e coordenada, promotora do desenvolvimento do potencial humano, permitindo a todas as pessoas, o pleno direito de atingirem o mais alto nível possível de saúde física e mental. Reconheceu que os determinantes sociais, económicos, políticos, comportamentais e ambientais são factores que contribuem para a sua crescente incidência e prevalência, realçando como factores de risco a pobreza, falta de educação, rápida urbanização, o aumento da obesidade (em particular nas crianças e jovens), alimentação desequilibrada, inactividade física e o envelhecimento da população, apelando à prevenção como pedra angular da resposta mundial. (35)

O plenário do Parlamento Europeu (PE) aprovou por esmagadora maioria, em Março de 2012, uma resolução sobre a necessidade de uma estratégia dedicada a enfrentar a pandemia da Diabetes na Europa, incidindo na prevenção, diagnóstico, gestão, educação e investigação. (38)

A missão do Programa de Diabetes da OMS consiste em Prevenir a Diabetes enquanto possível; quando tal não for possível, minimizar as complicações e maximizar a qualidade de vida.(61)

O PNPCD em Portugal contempla 27 estratégias (E) de intervenção aos diversos níveis de prevenção, de âmbito geral, dirigidas aos profissionais dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares, dos cuidados continuados integrados; estratégias de formação dirigida aos profissionais e pessoas com diabetes e ainda, de colheita e análise de informação, realçando-se aqui algumas delas: (47)

E1: Implementar programas de intervenção comunitária, destinados à população em geral, visando a prevenção primária da diabetes.

E2: Divulgar, à população em geral, informação sobre a diabetes e os seus factores de risco.

E3: Identificar grupos de risco acrescido de desenvolvimento de diabetes, através de inquérito, por questionário, a ser aplicado pelos profissionais de saúde.

E4: Rastrear pessoas com diabetes entre os grupos de risco acrescido de desenvolvimento da doença.

E5: Elaborar e divulgar manual de boas práticas na vigilância da diabetes, a ser distribuído aos profissionais dos cuidados de saúde primários, que inclua orientações técnicas sobre:

a) Promoção de estilos de vida saudável.

b) Realização de rastreios da diabetes entre os grupos de risco acrescido de desenvolvimento e de diagnóstico da doença.

c) Seguimento das pessoas identificadas com diabetes, hiperglicemia intermédia ou pertencentes aos grupos de risco acrescido de desenvolvimento de diabetes, identificadas pelo rastreio.

d) Aconselhamento e planeamento da gravidez da mulher com diabetes prévia.

e) Detecção precoce da diabetes gestacional.

f) Seguimento do pós-parto das mulheres diabéticas e das que desenvolveram diabetes gestacional.

g) Prevenção e detecção precoce da doença ocular, renal, neuropática e pé diabético.

h) Intervenção na ferida do pé diabético.

i) Prevenção da diabetes em pessoas pré-obesas e obesas.

j) Monitorização dos factores de risco, nomeadamente cardiovasculares.

k) Educação terapêutica da pessoa com diabetes.

l) Ensino para a autovigilância da diabetes.

m) Organização de cuidados clínicos integrados, de preferência através de equipas multidisciplinares fixas, que forneçam suporte, vigilância e monitorização da glicemia, tensão arterial e outros factores de risco responsáveis pelo desenvolvimento das complicações da diabetes, assim como sistema de registo individual de doentes.

n) Referenciação aos cuidados hospitalares e à rede de cuidados continuados.

E7: Elaborar e divulgar manual de boas práticas na vigilância da diabetes, a ser distribuído aos profissionais das unidades de cuidados continuados integrados, que inclua orientações técnicas sobre:

- a) *Promoção de estilos de vida saudável.*
- b) *Vigilância nutricional.*
- a) *Ensino para a autovigilância da diabetes.*
- b) *Monitorização da glicemia dos doentes em situação de dependência.*
- c) *Administração de terapêutica em doentes em situação de dependência e com familiares não competentes.*
- d) *Monitorização da pessoa com diabetes nas primeiras doze horas após situações emergentes.*
- e) *Prevenção e rastreio do pé diabético.*
- f) *Intervenção na ferida do pé diabético.*
- g) *Avaliação periódica da evolução da diabetes.*

E8: *Promover a avaliação da qualidade clínica do seguimento da pessoa com diabetes nos cuidados de saúde primários, nomeadamente em matéria de registos individuais e prescrição terapêutica.*

E10: *Promover a avaliação da qualidade clínica do seguimento da pessoa com diabetes nos cuidados continuados integrados.*

E12: *Monitorizar a avaliação periódica e aleatória do registo e utilização do Guia da Pessoa com Diabetes.*

E13: *Monitorizar a contratualização, a implementação regional e nacional de rastreio sistemático e tratamento da retinopatia e nefropatia diabéticas, os cuidados ao pé diabético e à doença cardiovascular.*

E16: *Garantir a gestão integrada da diabetes.*

A avaliação da execução do PNCPD, em relação ao universo nacional de doentes diabéticos identificados, contempla os indicadores de processo e de resultados que se apresentam:

1. *Taxa de prevalência de pessoas com diabetes.*
2. *Taxa de incidência da diabetes Tipo 2.*
3. *Taxa de incidência da diabetes Tipo 1.*
4. *Nº de internamentos por descompensação diabéticas (cetoacidose, hipoglicemia, hiperglicemia com hiperosmolaridade).*
5. *Total de dias de incapacidade temporária para o trabalho.*
6. *Nº de amputações dos membros inferiores por motivo de diabetes.*
7. *Nº de doentes em diálise por motivo de diabetes.*
8. *Nº de cegos e amblíopes por motivo de diabetes.*

9. *Nº de pessoas com diabetes com AVC.*
10. *Nº de pessoas com diabetes com EAM.*
11. *Mortalidade por diabetes.*
12. *Doseamento de HbA1c - último ano (média anual).*
13. *Doseamento de Colesterol LDL - ultimo ano (média anual).*
14. *Rastreio de nefropatia - último ano.*
15. *Rastreio oftalmológico - último ano.*
16. *Controlo glicémico (HbA1c) - % de pessoas com diabetes com HbA1c inferior a 6,5%.*
17. *Controlo de LDL (doseamento directo) -% de pessoas com diabetes com Colesterol LDL inferior a 70 mg/dl (1,8 mmol/L).*
18. *Percentagem de pessoas com diabetes com microalbuminúria anual.*
19. *Percentagem de pessoas com diabetes com retinografia anual.*

4 - PREVENÇÃO DA DIABETES

A prevenção da diabetes, transcende a prevenção do aparecimento da doença, alargando-a à prevenção da sua evolução, das complicações, sequelas, da incapacidade e da morte.

O sistema de saúde, com o objectivo primário de prestar cuidados de saúde integrados, é apenas uma das variáveis que contribui para a saúde da população, a par de outros actores políticos, sociais, ambientais e institucionais, com recursos, poder e influência no desenvolvimento de directrizes e infra-estruturas que podem contribuir de forma equitativa e holística para a promoção da saúde numa dada região. (57)

A OMS nas suas propostas de saúde para 2020 reforça a necessidade de reinvestimento na Saúde Pública, como forma organizada de monitorizar e promover a saúde da sociedade. Relembra a sua responsabilidade na identificação de problemas de saúde e riscos para a comunidade, nomeadamente determinantes comportamentais, sociais e ambientais e a necessidade de intervir na prevenção das doenças, promoção da saúde, avaliação da qualidade e eficácia dos serviços de saúde prestados aos indivíduos e comunidade, salientando ainda o papel dos cuidados de saúde primários como parceiro fundamental nestes desafios.

Alerta para a necessidade de ultrapassar as barreiras existentes entre os diversos níveis de prestação de cuidados e a importância de projectar a saúde pública para além dos limites dos sectores da saúde, alargando-a a um vasto leque de partes integrantes da sociedade, como os sectores da educação, do trabalho e da própria política, reafirmando o conceito: *"A saúde pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde através dos esforços organizados da sociedade"* (Wilnslow: 1920; Acheson :1988). (56)

A diabetes é um problema colectivo que diz respeito a toda a humanidade, como pessoas na auto-responsabilização da própria saúde, como famílias pelo papel na educação e influência para com os "seus", como profissionais pela prestação de serviços / cuidados eficazes e eficientes, como agentes em interdependência com o meio ambiente, como participantes e influentes no poder de decisão, como agentes de mudança, na promoção e protecção da saúde, na prevenção da doença, das complicações e por fim e ainda na reabilitação e reintegração social das pessoas com diabetes.

Escolas, autarquias, associações, saúde, política, entidades reguladoras, indústria alimentar, desporto, ambiente, indústria farmacêutica e muitos outros serão certamente parceiros fundamentais na união de esforços conducentes à prevenção da diabetes, promoção de saúde e bem-estar e concomitantemente de muitas outras doenças associadas a estilos de vida pouco saudáveis, nomeadamente as cardiovasculares.

Se é um facto que o seu tratamento é dispendioso, também é um facto que 80% da diabetes tipo II pode ser evitada por mudanças no estilo de vida e prevenção da obesidade, de forma que a educação para a saúde e a educação das pessoas diabéticas para o autocontrolo, não é uma opção, é um imperativo e deve ser uma constante nos diversos níveis de prevenção. (50,23)

No sentido de inverter a tendência do crescimento da diabetes e das suas complicações em Portugal, o PNPCD define estratégias de intervenção que assentam na prevenção primária da diabetes, através da redução dos factores de risco com reconhecido impacto na etiologia da doença, na prevenção secundária, através da promoção do diagnóstico precoce e tratamento adequado com cumprimento das normas de boas praticas e respeito pelo princípio da equidade, na prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social dos doentes, garantindo a qualidade da prestação dos cuidados à pessoa com diabetes. (47)

4.1 - NÍVEIS DE PREVENÇÃO

O termo prevenção primária tem as suas origens no fim da década de 1940, definido por Leavell&Clark como um conjunto de medidas aplicáveis a uma doença ou grupo de doenças em particular, de forma a interceptar as suas causas, para que estas não atinjam o homem.

A prevenção secundária foi definida como um conjunto de medidas utilizadas para a detecção precoce e imediata intervenção para o controle de um problema ou doença de forma a minimizar as suas consequências ou complicações, enquanto que a prevenção terciária focaliza a sua atenção na redução de maiores complicações de uma doença ou problema existente, através do tratamento e da reabilitação.

Ainda actuais nas suas bases, estes conceitos têm vindo a ser desenvolvidos descentralizando-se da doença e contextualizando a pessoa no seu meio envolvente,

considerando os diversos factores e interacções inerentes aos sistemas complexos que influenciam a saúde, não só de cada indivíduo mas de uma comunidade.(11)

A prevenção quaternária é um termo moderno para uma das premissas mais antigas da medicina: “antes de mais nada, não prejudicar” (*“Primum non nocere”* Hippocrates).

Os limites obviamente não são novos, mas o conceito de prevenção quaternária, numa época onde dominaram os excessos, estabelece um tecto para um conjunto de disciplinas e atitudes tais como medicina baseada em evidências, garantia de qualidade, medicina defensiva, propostas nosográficas abusivas e questões éticas e deontológicas.

O conceito de prevenção quaternária foi desenvolvida em 1985 por MarcJamoullee e foi aprovado pelo WONCA Internacional Classification Committee em 1999 como:

“Acção realizada para identificar um paciente ou população sob risco de medicalização excessiva, para protegê-lo de intervenções médicas invasivas e oferecer-lhe procedimentos de tratamento científica e medicamente aceitáveis.”(25)

A actual sociedade atravessa um período onde a cultura do excesso, da oferta e do consumismo coabita com a privação, a contenção e as necessidades insatisfeitas que condicionam tendências e limitam escolhas com repercussões na saúde e bem-estar das populações, tornando-se emergente contextualizar a prevenção quaternária na actual realidade socioeconómica, pois se a hipermedicalização, instrumentalização e diagnóstico excessivo constituem riscos para a saúde, o inverso também é uma verdade.

4.2 - DA GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA À GESTÃO INTEGRADA DA SAÚDE

O programa original da gestão da doença crónica foi introduzido nos Estado unidos em 2001, com o intuito de diminuir as hospitalizações e complicações das doenças crónicas, perspectivando a qualidade dos cuidados e a efectividade no controlo dos custos. Foi amplamente desenvolvido em inúmeros países sem que contudo tenha até então sido provado o seu custo-efectividade, no entanto vários estudos demonstraram um incremento na qualidade dos cuidados traduzidos pela satisfação dos utentes, melhor adesão ao regime terapêutico e controlo da doença, nomeadamente na área da diabetes. (40)

A OMS definiu alguns elementos considerados fundamentais para a gestão da doença crónica, entre os quais:

- Prestação de cuidados integrais e integrados: multiprofissionais, multidisciplinares, contínuos e coordenados visando a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença;
- Pro-actividades dos utentes (clientes): capacitação dos utentes para o autocuidado e a autogestão da doença através da educação para a saúde. (61)

Em Portugal, no âmbito da gestão da doença crónica nos cuidados de saúde primários, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) considerou a inclusão da Diabetes como prioritária para 2010, atendendo à possibilidade de uniformização das práticas profissionais e de coordenação de cuidados, magnitude epidemiológica, elevados custos associados, precocidade e severidade da incapacidade e potencial de autocontrolo. Reconheceu ainda a importância do estabelecimento de indicadores de desempenho e monitorização da actividade, traduzidos em resultados em saúde, alguns deles apresentados no relatório anual do observatório nacional da diabetes em 2011. (43,45)

A complexidade, multiplicidade de prestadores de cuidados e importância da efectividade das respostas integradas à doença crónica justificam o desenvolvimento dos modelos de prestação de cuidados integrados na doença crónica.

É estabelecida uma correlação positiva entre a percepção dos doentes com doença crónica sobre a qualidade do atendimento e a coordenação bem sucedida dos vários intervenientes (prestadores de cuidados) em todo o processo. As barreiras estruturais, organizacionais e operacionais são uma realidade constante que só podem ser ultrapassadas por uma coordenação bem preparada e apoiada na colheita de dados e decisão informatizada, protocolos e registos electrónicos que apoiem a clínica baseada na evidência e reduzam o erro clínico. (9)

No Plano Nacional de Saúde Português (2004-2010) emergiu o paradigma da mudança centrada no cidadão, a importância da literacia em saúde na promoção do aumento das opções de escolhas informadas do cidadão, o envolvimento / empoderamento nas decisões individuais sobre a própria saúde, através de uma estratégia de gestão da doença, pela sua responsabilização individual da adopção de comportamentos mais saudáveis, na racionalização no uso dos serviços de saúde, contribuindo assim para ganhos em saúde e para a sustentabilidade do sistema de saúde.(48)

O Plano Nacional de Saúde proposto para 2011-2016, perspectivando a continuidade do plano anterior, visa a missão de maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentáveis de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania. Mantem-se a perspectiva de centralização do sistema na cidadania, no direito à livre associação de defesa dos interesses de saúde dos cidadãos, na municipalização da saúde, no aumento da literacia em saúde, na possibilidade de escolha entre as várias oportunidades para mais saúde, na co-responsabilização do cidadão quanto às suas escolhas, com especial enfoque nas famílias.(46)

A evidência demonstra que a literacia em saúde pode efectivamente constituir uma estratégia conducente ao desenvolvimento de competências do utente no sentido de "fazer escolhas informadas, reduzir riscos para a saúde e melhorar a qualidade de vida".(60)

A literacia em saúde é decorrente de um processo contínuo baseado em experiências e percepções de saúde vivenciadas ao longo do tempo que determinam a concepção de saúde e doença que a pessoa constrói, o desenvolvimento de competências que permitem a procura de opções e oportunidades conducentes à tomada de decisão informada e partilhada, promotora do envolvimento nos processos terapêuticos.

A nível comunitário a literacia em saúde poderá ser bem sucedida através de dinâmicas de grupo devidamente estruturadas, aproveitando o capital social disponível, promovendo a partilha e a auto-ajuda, a promoção e educação para a saúde e em simultâneo a redução das desigualdades em saúde. (14)

Os profissionais de saúde, para além de valorizarem significativamente uma abordagem de equipa multidisciplinar, consideram que os cuidados centrados no utente podem melhorar a adesão aos cuidados de saúde recomendados.(34)

Os cuidados centrados no utente vão para além da literacia em saúde e transcendem a tradicional abordagem de envolvimento do utente. "Empowerment" não é algo que acontece com os utentes, é algo que acontece quando os profissionais de saúde reconhecem, permitem e promovem no utente capacidade critica para pensar e tomar decisões informadas, autónomas e conscientes na autogestão da sua diabetes; é contribuir para o seu processo de capacitação. Aceitar este desafio implica uma mudança de paradigma enraizado social e culturalmente na formação e nas vivências de relações de poder dos profissionais de saúde, abdicando desse "poder" e transferindo-o para a pessoa com diabetes. Reconhecê-lo e trata-lo como pessoa com diabetes é muito mais do que trata-lo como diabético. (55)

São reconhecidas as competências dos enfermeiros especialistas, nomeadamente de saúde comunitária, na melhoria da prestação de cuidados às pessoas com doença crónica, na continuidade de cuidados, bem como na gestão de equipas. Embora não existam estudos sistemáticos que provêm os ganhos em termos de custos-eficácia, algumas pesquisas indicam ganhos em termos de rentabilização de recursos e diminuição de custos. (55)

Num percurso evolutivo em que se apela à prevenção como pedra angular no controle das epidemias deste século, em que se pretende rentabilizar recursos e co-responsabilizar todos os actores com recursos, poder e influência no desenvolvimento de directrizes e infra-estruturas que podem contribuir de forma equitativa e holística para a promoção da saúde numa dada região, a começar pelo próprio indivíduo, emerge o conceito de gestão integrada da promoção da saúde ao longo de todo o ciclo vital do indivíduo.

A **gestão integrada da promoção da saúde**, através da coordenação estratégica de sinergias das redes sociais promotoras de saúde, tem como objectivo principal proporcionar ao indivíduo, às famílias e comunidade as ferramentas necessárias à construção da sua própria saúde e bem-estar, através do empoderamento, informação, formação e condições conducentes a estilos de vida saudáveis.

A evidência da baixa adesão do diabético ao regime terapêutico, sobretudo na alimentação, foi classificada como um sério problema de saúde pública, de acordo com um estudo transversal a uma amostragem de 331 diabéticos Portugueses.(37)

A evidência demonstra uma correlação positiva entre o empoderamento e os resultados favoráveis ao desenvolvimento de hábitos saudáveis de nutrição, actividade física e perda de peso. (3,26)

No mundo real não se mudam hábitos sem mudar pensamentos e os pensamentos mudam-se em especial por meio de reflexão e discussão de ideias resultantes na interacção com pessoas empenhadas no mesmo propósito. A realidade quotidiana é construída colectivamente através das redes de conversação dos indivíduos, chamada a construção social da realidade. Por outro lado, o que foi construído pode ser “desconstruído” e reconstruído de outras formas, modificando assim o modo de pensar. Contudo, para que este processo seja bem sucedido é preciso que haja motivação e vontade consciente. (30)

"Até hoje, os grandes problemas da humanidade nunca foram resolvidos por decretos colectivos, mas somente pela renovação da atitude do indivíduo."

(Carl Gustav Jung; Psicologia do Inconsciente, prefácio à primeira edição)

A construção social da realidade está presente ao longo de todo o ciclo vital da pessoa no entanto, é durante os primeiros anos de vida que a assimilação de informação e a vinculação pessoal é mais intensa, constituindo uma fase privilegiada para a promoção de estilos de vida saudáveis e para a prevenção de problemas de saúde futuros, nomeadamente a diabetes.

Os dados epidemiológicos, embora limitados, indicam que a obesidade na adolescência está associada com aumento da morbilidade e mortalidade na vida adulta. Assim, o aumento dramático na prevalência de diabetes tipo 2 em adolescentes com obesidade é susceptível de ser acompanhada por uma série de complicações relacionadas à diabetes na idade adulta e uma redução na esperança média de vida. A taxa de aumento do IMC durante a adolescência também pode representar um factor de risco significativo para a diabetes. (58)

A prevalência da obesidade infantil tem aumentado em todos os grupos etários, em ambos os sexos e em vários grupos étnicos e raciais, atribuindo-se 10% dos casos a factores genéticos ou hormonais e 90% a factores ambientais, alimentares e estilos de vida. (5)

Esta tendência tem que ser invertida tão cedo quanto possível, preferencialmente na gestação, altura privilegiada para promover educação para a saúde porque, de um modo geral, a vigilância de saúde na gravidez é assídua e regular e a mulher encontra-se receptiva em promover a saúde do seu bebé, através da sua própria saúde. A consciencialização da importância de manter hábitos de vida saudáveis constituirão ganhos futuros em saúde para toda a família, para além de favorecer o controlo do aumento progressivo que se tem vindo a verificar na diabetes gestacional.

A escola é um meio privilegiado para a promoção da saúde e a saúde escolar um instrumento de eleição, na medida em que privilegia a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento de capacidades e a aquisição de competências na área da saúde às crianças, jovens e restante comunidade escolar. Sempre que possível este trabalho deve ser multidisciplinar e deve basear-se no uso de metodologias activas e de reflexão sobre atitudes e comportamentos face à saúde e à vida, contribuindo para a tomada de consciência e subsequente vivência de estilos de vida mais saudáveis no plano individual e social. (49)

No âmbito da promoção da saúde em meio escolar decorrem vários projectos relacionados sobretudo com a actividade física e a alimentação saudável em que são parceiros a saúde, a educação, autarquias e algumas associações desportivas, cabendo à saúde a responsabilidade de promover a sua coordenação e promover as suas sinergias para o fim a que se propõem: ganhos em saúde.

Na idade adulta, embora seja a altura em que surgem as primeiras manifestações da maioria das doenças crónicas, nomeadamente da diabetes, com aumento da sua prevalência a partir dos 40 anos, como na sua maioria têm uma evolução silenciosa, o adulto raramente recorre aos serviços de saúde, representando a saúde ocupacional ou a medicina no trabalho um papel fundamental na prevenção e diagnóstico precoce da diabetes.

Os rastreios devidamente organizados permitem o diagnóstico precoce e a identificação de pessoas com risco de vir a desenvolver diabetes devendo estas serem encaminhadas para tratamento nas equipas de saúde ou para a prevenção através de sessões de educação para a saúde organizada por grupos.

Vários estudos de intervenções comunitárias, baseados na evidência, demonstram a eficácia na redução de factores de risco para a diabetes tipo 2, a curto prazo (um ano) através do desenvolvimento de programas multidisciplinares (enfermeiros, dietistas, fisioterapeutas) de promoção de estilos de vida saudáveis, na área da alimentação e actividade física, através de dinâmicas de grupo e no encorajamento aos participantes na procura de apoio nas suas próprias redes sociais, com resultados na diminuição do peso, perímetro da cintura, da glicemia e lipidémia e na consistência da mudança comportamental para hábitos de vida saudáveis e sustentáveis, que se matem para além do horizonte temporal do acompanhamento do estudo. (1,12,17,28,53)

É no idoso que se verifica a maior prevalência da diabetes e nos quais os comportamentos enraizados são mais difíceis de alterar, no entanto são os que mais recorrem aos serviços de saúde. Todos os contactos devem constituir oportunidades de educação para a saúde na promoção de hábitos de vida saudáveis, detecção precoce da diabetes, desenvolvimento de competências para a autogestão e prevenção de complicações. Os grupos de auto-ajuda poderão ser um bom recurso à educação para a saúde.

As equipas de cuidados continuados integrados, prestando cuidados domiciliários onde a prevalência da diabetes representa mais de 13% dos utentes em apoio, com tendência a aumentar, devem integrar os projectos / programas de controlo da diabetes e desenvolver competências aos quatro níveis de prevenção, com ênfase para o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações.

O Programa Saúde XXI, através do investimento na Rede de Cuidados Continuados Integrado, previa o desenvolvimento de cuidados de saúde ao Diabético, sobretudo de prevenção secundária e terciária.

As autarquias e associações desportivas têm um papel importante na promoção da actividade física através da eliminação de barreiras arquitectónicas, organização de actividades e criação de ambientes e espaços favoráveis à actividade física ao longo de todo o ciclo vital.

Decorrem na comunidade um conjunto de projectos, intervenções, acções das mais variadas instituições, organizações, associações, cooperativismos, por vezes até assentes em parcerias oficiais muito bem definidas e protocoladas que nunca se chegaram a articular e se sobrepõem ou até se “atropelam” nas suas intervenções por falta de uma coordenação efectiva.

Se é um facto que os municípios detêm uma posição privilegiada pelo seu conhecimento mais profundo das questões da comunidade, pela sua relação de maior proximidade com outros sectores sociais (educação, desporto, empresarial) pela sua natural vocação para mobilizar as energias e as vontades locais na construção de saúde ambiental (física, química, biológica, social, psicológica e solidária), também é um facto que a saúde pública detém um conjunto de saberes epidemiológicos e tem uma relação privilegiada com a comunidade, para além da responsabilidade na promoção da saúde e na prevenção da doença, nomeadamente na epidemia da diabetes, devendo assumir a liderança nas estratégias de prevenção, no alinhamento e integração dos esforços sustentáveis de todos os sectores da sociedade.

Desta forma, para promover a eficiência e eficácia das estratégias de intervenção na prevenção da diabetes, a gestão dos processos integrados devem ser da responsabilidade do sector da saúde pública, com o intuito de elevar as parcerias a sinergias e evitar conflitualidade de interesses, sobreposições ou até mesmo “contradições” face às intervenções e objectivos.

Considera-se sinergia o efeito resultante da acção de vários agentes que atuam de forma coordenada para um objectivo comum, podendo ter um valor superior ao valor do conjunto desses agentes, se actuassem individualmente sem esse objectivo comum previamente estabelecido. (32)

As estratégias globais da prevenção e controlo da diabetes estão definidas e estruturadas para o “macro Sistema” que são as Nações Unidas, a Europa e os Países, as quais têm vários denominadores comuns:

- Necessidade de investimento em formação continua aos profissionais de saúde face às exigências da qualidade dos cuidados a prestar na resposta à prevenção primária, secundária, terciária, centralizando os processos na pessoa e na comunidade.

- Valorização das tecnologias de informação na continuidade dos cuidados, na monitorização contínua, na avaliação de indicadores e na gestão da efectividade das intervenções e do programa.
- Desenvolvimento da capacidade organizativa da saúde pública e dos cuidados de saúde primários (ênfase na prevenção primária), bem como uma melhor definição e coordenação entre os vários níveis de cuidados, melhorando a referenciação.
- Promoção de comportamentos saudáveis / Desenvolvimento do Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida
- Desenvolvimento de parcerias com os sectores privados e sociais.
- Criação de contexto ambiental conducente à saúde.
- Reforço da gestão horizontal em saúde, nomeadamente na articulação entre os diversos sectores da sociedade, “dar voz à cidadania através de organizações da sociedade” (21,23,47,48,38,56,57,62).

É também reconhecido por todos a necessidade de implementar estratégias a nível local.

"O modo de encarar a vida, ou, pelo menos, certos aspectos da vida, varia de país para país, de região para região. A humanidade, sem dúvida, é a mesma em toda a parte. Sucede, porém, que em toda a parte é diferente."

(Teoria e Prática do Comércio - Pessoa, Fernando)

De uma forma global o diagnóstico da situação está feito, não restam muitas dúvidas das prioridades, das contenções e dos constrangimentos mas falta certamente equacionar as potencialidades e definir um plano estratégico adaptado à realidade local.

A elaboração de um plano estratégico deve apoiar-se em instrumentos de planeamento, sistemas de gestão integradas ou modelos de gestão estratégica validados para a saúde.

5 - ESTRATÉGIA DE GESTÃO INTEGRADA DA DIABETES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Uma estratégia dedicada a enfrentar a pandemia da Diabetes, incidindo na prevenção, diagnóstico, gestão, educação e investigação, tal como recomenda o PE (38), no actual contexto socioeconómico e equacionando a determinante custo-efectividade, não faz sentido sem o envolvimento de toda a comunidade, identificando os seus recursos e potencialidades, centralizando a mudança no cidadão, e garantindo uma coordenação efectiva para elevar as parcerias a sinergias.

Para se conseguir a sinergia na gestão integrada da diabetes é fundamental a criação de um modelo de gestão de processos que possibilite aos parceiros compreenderem a visão global do projecto, qual o seu papel no mesmo e a forma como se articulam entre si, com vista à concretização dum objectivo comum: prevenir a diabetes / promover a saúde, prevenir as complicações e sequelas e reintegrar a pessoa diabética na sociedade

A reforma dos cuidados de saúde primários criou os Agrupamentos dos Centro de Saúde (ACES), hierarquicamente dependentes do director executivo. Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde. Os ACES são serviços desconcentrados da respectiva Administração Regional de Saúde, I. P. (ARS, I.P.) estando sujeitos ao seu poder de direcção.(42)

A missão dos ACES é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma área geográfica determinada, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de molde a que todos os grupos populacionais partilhem igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem-estar.

Neste sentido, os ACES desenvolvem actividades para promover a saúde e prevenir a doença da população, estruturam as diferentes unidades funcionais para satisfazer as necessidades dessa mesma população, gerem as competências dos prestadores de cuidados de saúde e garantem que os recursos humanos e financeiros, os equipamentos e os sistemas de informação sejam utilizados de forma rigorosa, racional e eficiente.

As suas actividades são ainda desenvolvidas para garantir a satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde primários e a motivação e empenho dos profissionais.

Esta reforma inovou a figura do conselho clínico responsável pela governação clínica no ACES, do conselho da comunidade, com o intuito de envolver e “dar voz à comunidade” e as unidades de cuidados na comunidade (UCC), que são pela sua definição unidades de eleição para a prevenção primária na comunidade. Estas são constituídas por equipas multidisciplinares, mas maioritariamente por enfermeiros, prestam cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário, bem como na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e em unidades móveis de intervenção. Articulam com as outras unidades funcionais do ACES e estabelecem parcerias com estruturas da comunidade local (Autarquias, Segurança Social, IPSS, Associações e outras). (42)

O organograma seguinte pretende representar o fluxograma da gestão integrada da diabetes à luz da actual configuração dos cuidados de saúde primários e suas interações entre as diversas unidades funcionais, com a comunidade, com os cuidados de saúde hospitalares e prestadores de serviços externos. Tem a finalidade de promovendo a reflexão e análise dos recursos e potencialidades dos principais intervenientes no processo ou projecto.

Realça o impacto dos diversos níveis de prevenção espectável por unidade funcional: as UCCs e URAP mais vocacionadas para a prevenção primária na comunidade e terciária no apoio domiciliário e as USF e UCSP para a prevenção secundária, terciária e quaternária, mantendo todavia uma participação activa e permanente na prevenção primária, no âmbito da educação para a saúde.

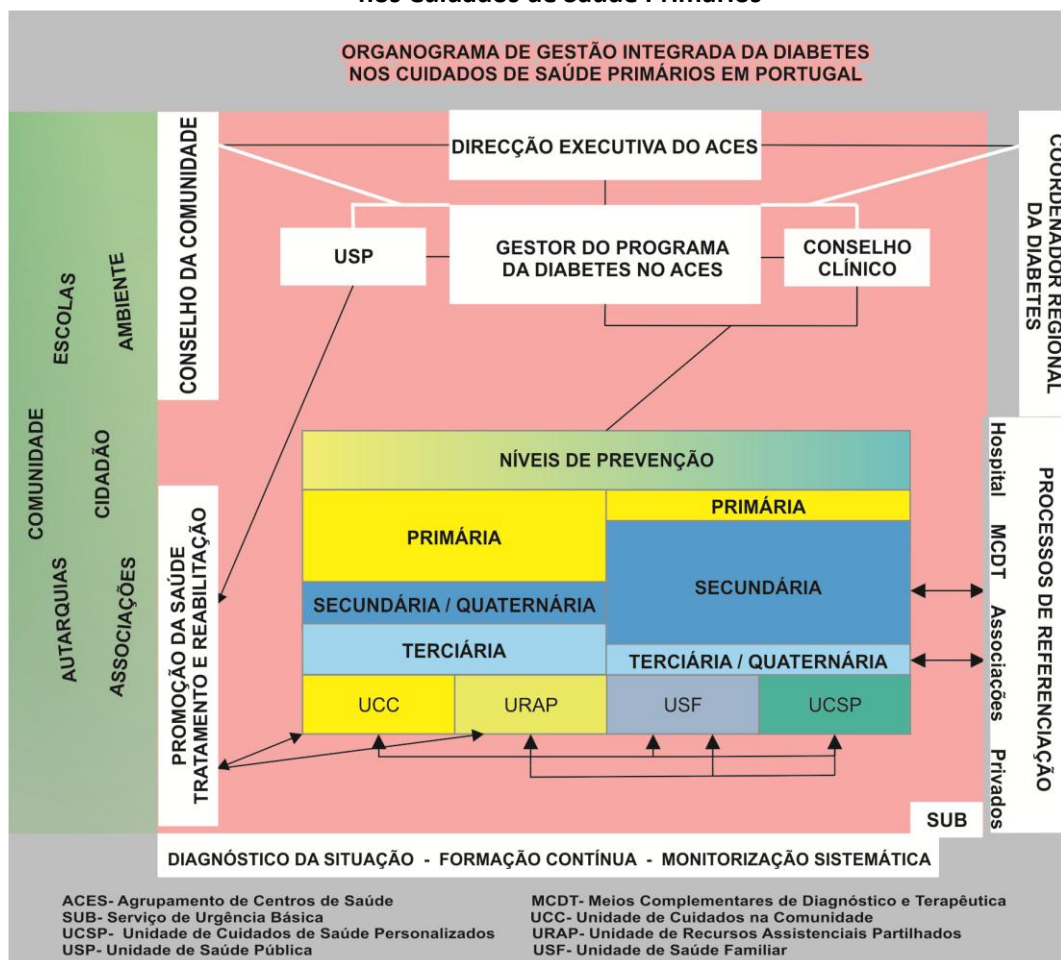
É desejável que estas unidades se articulem entre si na prestação de cuidados de saúde, aos quatro níveis de prevenção, criando instrumentos de referência entre si e também em relação ao exterior, nomeadamente cuidados de saúde diferenciados ou secundários, na prescrição e realização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica e ainda outros sectores da sociedade, promotores de saúde.

É representada a USP e o conselho clínico como elementos essenciais à gestão dos processos de gestão integrada da diabetes e governação clínica nas unidades funcionais do ACES.

Não deverá ser esquecido que a nível regional existe um coordenador do Programa Regional da Diabetes, habitualmente da área hospitalar, com o qual os projectos devem ser validados.

A figura nº 1 esquematiza o organograma da Gestão Integrada da Diabetes nos Cuidados de Saúde Primários.

Figura nº 1 – Organograma de Gestão Integrada da Diabetes nos Cuidados de Saúde Primários



Um modelo de intervenção organizado segundo os quatro níveis de prevenção da diabetes que contemple os respectivos objectivos gerais, determinação do foco de atenção no sentido de perceber onde investir, como intervir (definir estratégias ou actividades), quem o deve fazer, onde e quando e por fim a avaliação, adaptação, correcção e aperfeiçoamento dos procedimentos e interacções, constituirá certamente um instrumento facilitador do desenvolvimento de uma estratégia de gestão integrada da diabetes, tal como se apresenta na tabela nº 1, a seguir apresentada.

Tabela nº 1 - DEFINIÇÃO DE INTERVENÇÕES POR NÍVEIS DE PREVENÇÃO DA DIABETES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

	NÍVEIS DE PREVENÇÃO DA DIABETES			
	PREVENÇÃO PRIMÁRIA	PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	PREVENÇÃO TERCIÁRIA	PREVENÇÃO QUATERNÁRIA
OBJECTIVOS	Prevenir a Diabetes	Prevenir Sequelas da Diabetes	Promover Reabilitação /Integração na Comunidade	Prevenir a iatrogenia e o SobrePrescrição
FOCALIZAÇÃO	Comunidade	Acessibilidade a Cuidados de Saúde Eficazes e Eficientes		Prescrição; “Primum non nocere”
COMO	Promoção e Educação para Alimentação Saudável, Actividade Física Regular, Controlo da Obesidade	- Realização de Diagnóstico Precoce (Avaliação do risco de Contrair Diabetes a todas as pessoas, priorizando após os 40 anos); - Controlo eficaz da Diabetes (1)	- Controlo eficaz da Diabetes: -Cumprimento de normas e Guidelines da DGS (1), eficácia nos registos e na continuidade dos cuidados; referenciação adequada e atempada para cuidados diferenciados se necessários.	Informação e sensibilização dos riscos da iatrogenia relacionada com sobrediagnóstico e sobretratamento.
QUEM (Todos os Stkholders)	Própria Pessoa , Políticos, Legisladores, Equipas Multidisciplinares de Saúde, Professores, Autarcas, Associações, meios de Comunicação Social, líderes, Industria Alimentar, Arquitectura, etc...	Própria Pessoa, Familiares, Cuidadores, Equipa Multidisciplinar de Saúde.	Própria Pessoa, Familiares, Cuidadores, Equipa Multidisciplinar de Saúde, Autarcas, Associações, Voluntariado.	Própria Pessoa, Familiares, Cuidadores, Equipa Multidisciplinar de Saúde.
ONDE	Comunidade: escolas, autarquias, associações, eventos, clubes, ..., serviços de saúde.	- Domicílio, Comunidade, serviços de Saúde, Saúde Ocupacional. - Continuamente nas Actividades de Vida Diárias, nas consultas	- Domicílio, Comunidade, serviços de Saúde, Saúde Ocupacional. - Continuamente nas Actividades de Vida Diárias, nas consultas, na Comunidade	Em todas as consultas
QUANDO	Ao longo de todo o ciclo vital da Pessoa			
MONITORIZAÇÃO	Implementação de projectos com monitorização através da Realização de estudos longitudinais.	- Avaliação da adesão ao regime terapêutico em todos os contactos. - Avaliação de parâmetros clínicos (Glicémia ocasional, HbA1c Trimestral; TA Trimestral; LDL Colesterol Anual; Avaliação do Pé trimestral ou semestral, Rastreio Anual de Retinopatia e Nefropatia (microalbuminúria) (1) – Normas, critérios, guidelines, indicadores definidos no PNCPD e DIF		Controlo estatístico por profissional das prescrições efectuadas.
RELEVÂNCIAS	- Formação Contínua dos Profissionais - Priorizar fases Pré-escolar, Escolar, Gravidez, Adulto. - Recurso a Metodologias participativas, reflexivas, dinâmicas de grupo.	- Imprescindível Formação Contínua dos Profissionais: privilegiando-se a Formação em Serviço como ferramenta essencial à uniformização de critérios, procedimentos e articulação entre unidades e serviços. - Abordagem centrada na Pessoa Diabética – Capacitação para a Autogestão da Diabetes e o Autocuidado. - Fundamental Sistema de Informação com módulo clínico e estatístico.		

O Sistema de Gestão Integrada é a combinação de processos, procedimentos e práticas adoptadas para implementar estratégias e atingir objectivos de forma mais eficiente do que por meio de múltiplos sistemas de gestão.

A monitorização contínua da performance destes processos processar-se-á através da Gestão dos Processos por Indicadores, definidos em métricas numéricas mensuráveis que permitem a avaliação sistemática dos resultados, com base na metodologia do Balanced Scorecard (BSC). (27)

O BSC consiste num modelo avançado de gestão por objectivos útil na condução estratégica e operacional das organizações, capaz de avaliar a performance nas perspectivas financeira, clientes, processos internos e, aprendizagem e crescimento. (51)

Foi demonstrada a sua aplicabilidade aos serviços de saúde, traduzida na melhoria dos resultados em saúde. (10,29,33)

6 – PROJECTO DE GESTÃO INTEGRADA DA DIABETES NO ACES SOTAVENTO

A metodologia de projecto é um instrumento privilegiado na resolução de problemas reais que implicam a investigação, pesquisa e análise, como é a situação actual da gestão integrada da diabetes no ACES Sotavento, que pressupõe uma mudança da prática fundamentada e baseada na evidência. (36)

Os processos de planeamento que pressupõem uma mudança da prática fundamentada e baseada na evidência, na conceptualização da investigação e implementação de programas ou projectos, privilegiando dinâmicas de investigação-acção, assumem lógicas de funcionamento cíclicas, numa perspectiva dinâmica de adaptação contínua à realidade que vai sendo construída com o avançar do desenvolvimento do próprio projecto, constituindo assim um documento passível de actualização contínua.

Se é um facto que um processo qualitativo de mudança deverá envolver os seus actores tanto quanto possível na construção e desenvolvimento dos processos, por outro lado, perante múltiplos intervenientes, a complexidade e as divergências poderão constituir constrangimentos ou até impedimentos à efectivação das diversas fases do planeamento, adiando para a fase de implementação o seu imprescindível envolvimento.

O planeamento assenta num processo construtivo que requer uma forma sistemática de preparação e implementação que garanta a racionalização de recursos, a interligação de profissionais de saúde e parceiros da comunidade, bem como a coesão e coerência das intervenções.

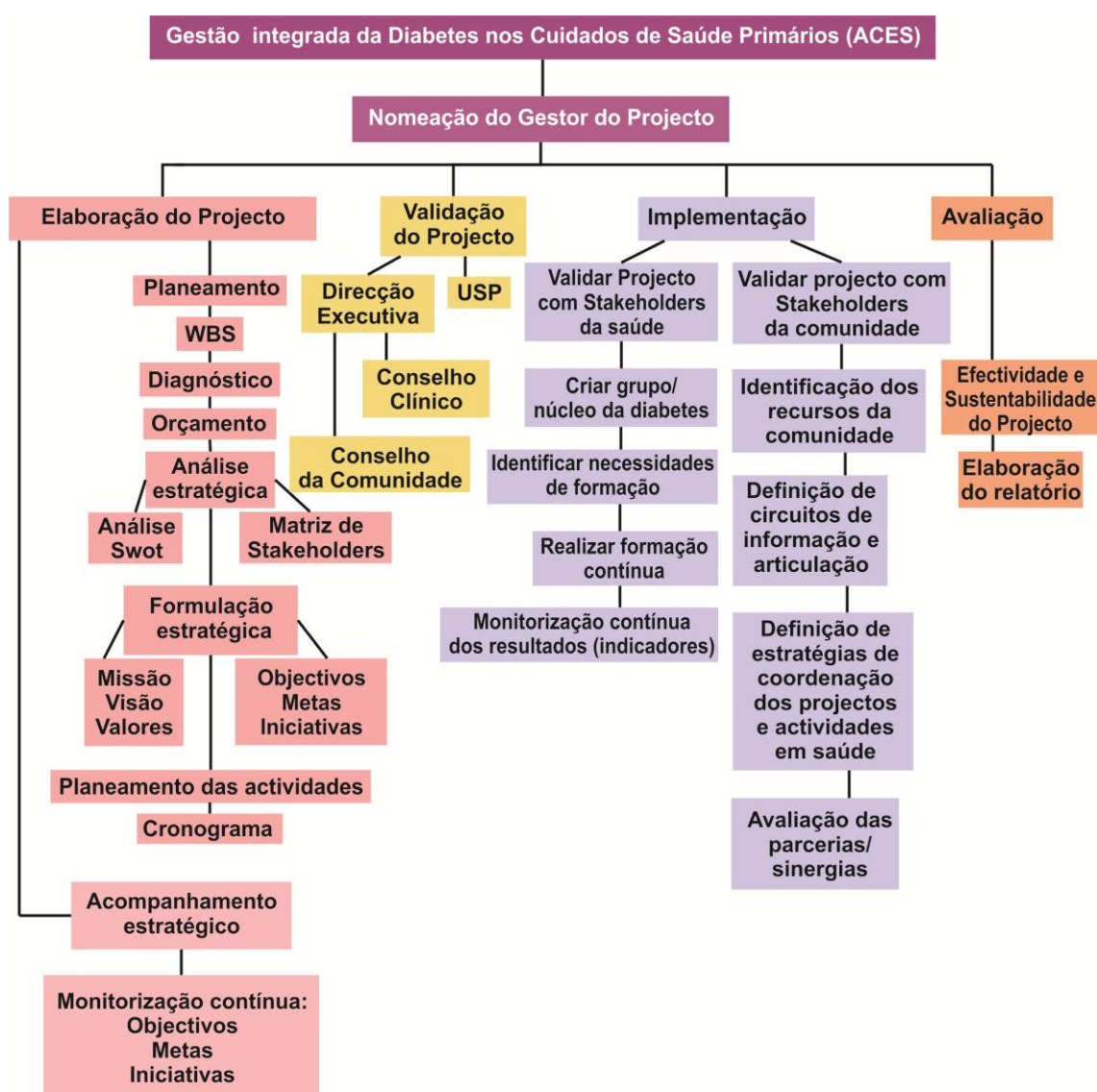
De acordo com Imperatori e Giraldes (18), as etapas que compõem um processo de planeamento são a definição do diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objectivos, selecção de estratégias que sustentam a elaboração de programas ou projectos, incluindo a preparação da execução que só depois se materializa na própria execução, culminando com a avaliação.

O diagnóstico retrata a realidade sobre o que se pretende actuar e mudar (o que foi, é e tende a ser) o fenómeno em causa. A formulação de objectivos conduz à situação futura desejada (o que deve ser), enquanto a estratégia verifica a viabilidade do projecto e concebe a

forma de executá-lo (é possível, como fazer). A operação consiste em agir sobre a realidade (fazer, implementar, monitorizar, avaliar).

O projecto deve obedecer a um planeamento devidamente estruturado, constituindo o *Work breakdown structure* (WBS), também designada “*Estrutura analítica de Projectos*”, uma ferramenta de eleição em projectos que incluem múltiplos actores ou intervenientes, por ser um instrumento de trabalho, não apenas para o gestor do projecto, mas para toda a equipe de execução, bem como para as demais partes interessadas, permitindo a visualização dos principais passos essenciais à sua concretização. (63)

Figura nº 2 – WBS – Gestão Integrada da Diabetes no ACES Sotavento



O WBS apresentado é um instrumento de estruturação que pretende delinear, de forma lógica, coerente e sequencial as principais acções e intervenções à implementação do projecto

de gestão integrada da diabetes, não só no ACES Sotavento como em qualquer outro, no âmbito dos cuidados de saúde primários, em articulação com a comunidade.

Uma vez que este projecto tem que ser validado com o director executivo, USP, conselho clínico e conselho da comunidade antes de qualquer implementação, a sua elaboração constitui a primeira etapa.

O modelo da gestão estratégica é cíclico e evolutivo e deve contemplar o estudo estratégico, a formulação da estratégia e o acompanhamento.

6.1 - ESTUDO ESTRATÉGICO

O estudo ou análise estratégica deve ter presente o contexto socioeconómico, político, legal, e tecnológico que interage no cenário da instituição, tanto a nível interno como externo, identificando respectivamente pontos fortes / pontos fracos e ameaças / oportunidades, através da análise SWOT. (52)

Figura nº 3 Análise SWOT

		FACTORES INTERNOS											
		PONTOS FRACOS					PONTOS FORTES						
		Dificuldade de articulação entre unidades	Baixa motivação de alguns profissionais	Deficit Recursos Humanos	Inexistência de C do Pé	Falta de apoio informático	Proximidade Conselho Clínico / unidades	Cooperação Hospital / Conselho Clínico	Motivação Profissionais	Organização Unidades	Criação de 2 UCCs	Informatização unidades	Proximidade com Parceiros Comunidade
FACTORES EXTERNOS	AMEAÇAS	Situação Socioeconómica	-	--	-	-	-						++
		Eventual "desinvestimento" nos CS	-	---	-	-	-						
		Baixa participação da Comunidade			-	-					+		+++
	OPORTUNIDADES	Forte Investimento nos CS Primários					+++	++	++	++	+	+	++
		Criação das Unidades					+++		++	++	+	+	++
		PNPCD						++	+				+++
		Experiências Piloto na Diabetes					++	+++	++	++	+	+	+++
		Acesso a dados estatísticos locais			-	-		++	++			+	+++

- Impacto negativo (- = moderado; -- = significativo; --- = muito significativo)

+ Impacto positivo (+ = moderado; ++ = significativo; +++ = muito significativo)

A palavra SWOT deriva das iniciais de quatro palavras em inglês (Strengths = forças; Weaknesses = fraquezas; Opportunities = oportunidades; Threats = ameaças).

A recente reforma dos cuidados de saúde primários, a criação das unidades funcionais, a governação clínica, o PNPCP, o acesso a dados estatísticos atempados e locais constituíram um conjunto de factores externos considerados uma oportunidade à implementação deste projecto.

Por outro lado, a actual situação socioeconómica do país eventual desinvestimento nos cuidados de saúde primários e a fraca participação da comunidade são factores externos que constituirão uma ameaça ao sucesso deste projecto

Quanto aos factores internos, são em maioria os pontos fortes relativamente aos fracos, realçando-se a proximidade do conselho clínico com as unidades, a cooperação de profissionais (médicos e enfermeiros) do hospital na discussão de casos em sede do núcleo de diabetes, a motivação dos profissionais, criação de 2 UCCs, informatização das unidades, definição de indicadores para a diabetes, proximidade com parceiros da comunidade, realização de formação na +área da diabetes.

Quanto aos pontos fracos relacionados com os factores internos salientam-se: a dificuldade de articulação entre as unidades, baixa motivação de alguns profissionais, deficit de recursos humanos e materiais, inexistência de consulta do pé nos centros de saúde nem nos hospitais, falhas informáticas, sobretudo impossibilidade de se registar de forma codificada aspectos considerados importantes à gestão de dados e governação clínica (módulo estatístico).

Os pontos fracos e ameaças podem ser transformados em pontos fortes e oportunidades, se estivermos conscientes deles e intervirmos no sentido de os reverter.

Se considerarmos a actual conjuntura socioeconómica uma ameaça à implementação do projecto, a aproximação dos parceiros da comunidade face à necessidade de rentabilizar recursos para responder a esta causa, poderá constituir um ponto forte.

Deve fazer parte da análise estratégica a elaboração da matriz de Stakeholders como instrumento facilitador da identificação de indivíduos e entidades, internos e externos à instituição, com poder e influência sobre o projecto em causa e em que medida podem ajudar a alcançar ou a bloquear os objectivos pretendidos. (52)

A sua identificação orientará o gestor do projecto na definição de estratégias de motivação, cooperação ou resolução de conflitos, percebendo em quem terá que investir mais para

conseguir a sua mobilização e envolvimento e por outro lado quem são os seus aliados e dinamizadores do projecto junto de outros parceiros.

Apresenta-se na figura seguinte a análise de stakeholders.

Figura nº 4 ANÁLISE DE STAKEHOLDERS

		NÍVEL DE INTERESSE	
		Baixo	Alto
PODER	Pouco	<ul style="list-style-type: none"> - Utentes ** - Coordenadores das equipas * - Médicos e Enfermeiros* - Assistentes Técnicos* 	<ul style="list-style-type: none"> - Médicos e Enfermeiros * - Fisioterapeutas e Dietista * - Coordenadores das equipas * - Núcleo de Formação da ARS ** - Unidade de Saúde Pública *
	Muito	<ul style="list-style-type: none"> - Parceiros da Comunidade ** - Direcção Clínica do Hospital de Faro ** - Coordenadores das equipas * 	<ul style="list-style-type: none"> - Direcção Executiva do ACES* - Conselho Clínico * - ARS **
		<i>*Internos</i>	<i>**Externos</i>

O facto de determinado stakeholder ser representado simultaneamente em colunas com significados diferentes, como é o caso dos coordenadores que têm muito e pouco poder, significa que há coordenadores que detêm muito poder enquanto outros não, bem como uns têm muito interesse, enquanto outros não, sendo importante defini-los e posicioná-los individualmente, de forma a proceder a abordagens adequadas a cada tipo de postura.

A implementação dum projecto de gestão integrada da diabetes nunca será bem-sucedido sem o devido apoio dos dirigentes e sem o envolvimento de todos os intervenientes no processo, nomeadamente todos os profissionais das equipas multidisciplinares, a começar pelo assistente técnico na sua relação privilegiada de primeiro contacto com o utente, facilitador ou não na acessibilidade à consulta, na participação no processo de gestão do guia do diabético.

Ninguém compra, mas muito menos vende um produto, no qual não acredita.

Ninguém motiva numa causa para a qual não se sente motivado.

É fundamental que o gestor do projecto se sinta realmente comprometido com o seu sucesso e consiga transformar os diversos intervenientes em aliados na sua causa.

6.2 - FORMULAÇÃO DA ESTRATÉGIA

A formulação estratégica consiste na materialização do plano estratégico, definindo-se a missão, a visão, os valores, as grandes linhas de orientação, principais objectivos, as metas e as iniciativas. (52)

A implementação deste projecto no ACES Sotavento perspectiva a missão, a visão e os valores que se apresentam na figura seguinte.

Figura nº 5 – Definição da Missão, Visão e Valores do Projecto

Missão	<ul style="list-style-type: none">• Promover a Eficácia na Prevenção e controlo da Diabetes do ACES Sotavento
Visão	<ul style="list-style-type: none">• Até 2012 ser reconhecidos como um ACES de excelência na Região e de referência para o País, como exemplo de boas práticas na prevenção e controlo da Diabetes, através da Gestão Integrada da Diabetes, com inerente cumprimento do PNPCD e desenvolvimento desinergias com a comunidade.
Valores	<ul style="list-style-type: none">• Credibilidade;• Equidade;• Cooperação <div>Rigor; Eficiência;</div>

As grandes linhas de orientação, principais objectivos, as metas e as iniciativas fundamentam-se no conhecimento concreto e objectivo da realidade, constituindo o diagnóstico da situação um requisito essencial ao planeamento de actividades conducentes às respostas eficazes e eficientes à problemática identificada.

6.3 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico é um instrumento dinâmico que constitui a base de todo o planeamento, pois é a identificação de problemas ou necessidades e respectivas causas ou factores condicionantes, os recursos e potencialidade num determinado contexto que determinam os objectivos, as estratégias ou intervenções, num processo contínuo e dinâmico, relacionado com a avaliação, também esta continua e dinâmica.

O diagnóstico da situação baseou-se num trabalho sistemático de recolha de dados estatísticos (INE, SINUS, ACSS, SIARS, hospital de Faro), de trabalho de campo, pesquisa bibliográfica, troca de informação e experiências com os profissionais e parceiros envolvidos na problemática da Diabetes e ainda vários estudos efectuados a diabéticos do ACES, desde 2009.

Faz parte do diagnóstico identificar não só problemas e necessidades mas também recursos e factores que possam influenciar ou caracterizar o contexto onde se insere a problemática e a população alvo às intervenções.

Atendendo a que este projecto será implementado no ACES Sotavento, é importante proceder a uma breve caracterização dos seus principais aspectos, da população que “serve”, bem como dos recursos humanos que dispõe.

6.3.1 - Caracterização do ACES Sotavento

O ACES do Sotavento é um dos três ACES da Região do Algarve, sobe a tutela da ARS Algarve, I.P., ao abrigo da Portaria n.º 272/2009 de 18 de Março e conforme previsto no Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, sediado em Tavira, tem como objecto a prestação de serviços de saúde.

De acordo com o seu Regulamento Interno, este ACES pretende promover a participação dos utentes e da comunidade nas suas actividades, pauta-se pelos valores da honestidade, cultura de respeito e transparência nas decisões; o estímulo da inovação e da formação dos profissionais, tendo como fim último a melhoria contínua do desempenho.

São objectivos do ACES Sotavento

1. Contribuir para a obtenção de ganhos em saúde na população;
2. Promover a saúde e a sua vigilância;
3. Promover a prevenção, o diagnóstico, o tratamento da doença e a reabilitação, através do planeamento e da prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de actividades específicas dirigidas globalmente ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade;
4. Garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes;

5. Melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços;
6. Melhorar a eficiência técnica e económica;
7. Promover a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços;
8. Valorizar o capital humano e a inovação, assegurando a formação contínua aos seus profissionais;
9. Dinamizar a articulação com outros níveis de cuidados de saúde.
10. Desenvolver actividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases pré -graduada, pós -graduada e contínua.

As diferentes unidades funcionais do ACES prestam serviços de forma programada e não programada a utentes inscritos nos Centros de Saúde que constituem o ACES. São ainda prestados cuidados programados e não programados a utentes inscritos temporariamente nos referidos centros de saúde

As diferentes unidades funcionais do ACES prestam também serviços a utentes institucionalizados no âmbito das suas atribuições e competências.

O ACES Sotavento encontra-se organizado em duas áreas distintas, serviços de prestação de cuidados e serviços de apoio.

As unidades prestadoras de cuidados, organizam-se nas seguintes unidades Funcionais:

1. Unidades de Saúde Familiar
2. Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
3. Unidades de Cuidados na Comunidade
4. Uma Unidade de Saúde Pública
5. Uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
6. Serviço de Urgência Básico.

Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica que actua em intercooperação com as demais unidades

funcionais do centro de saúde e do ACES, reguladas por legislação específica do D. Lei n.298/2007.

As **USFs** são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo

O plano de acção de cada USF traduz o seu programa de actuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém o compromisso assistencial, os seus objectivos, indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência.

A UCSP tem estrutura idêntica à prevista para USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e globalidade dos mesmos e a equipa é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF.

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos.

O ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local.

A URAP presta serviços de consultoria e assistenciais aos utentes das unidades funcionais referidas nos artigos anteriores e organiza as ligações funcionais aos serviços hospitalares.

A equipa da URAP é composta por médicos de várias especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, bem como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, e outros profissionais não afectos a tempo completo a outras unidades funcionais.

A USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção,

promoção e protecção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respectiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.

A equipa da USP é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública, nomeadamente higienistas orais.

O serviço de urgência básico, com sede em Vila Real de Santo António presta cuidados em situação de urgência a todos os utentes do ACES. Desde a data de oficialização da Rede de Urgência (Fevereiro de 2009) até à presente data, a ARS aguarda orientações para a criação formal desta unidade no âmbito do ACES. Por deliberação do Conselho Directivo da ARS Algarve I.P. de 21/10/2009 até à publicação da Portaria que crie esta unidade, a sua jurisdição e coordenação cabe ao Director Executivo e Conselho Clínico do ACES.

Este Agrupamento tem como área de intervenção a correspondente aos concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Tavira e Vila Real de Santo António. No total, um território de 1544, 4 Km², com densidades populacionais muito diferentes.

Em termos geomorfológicos, estrutura-se em três componentes ou sub-regiões que caracterizam o Algarve. A Norte, zona xistosa e de serra, e a Sul as zonas de barrocal e de litoral. A cada sub-região correspondem diferentes padrões de organização espacial, nomeadamente a nível do povoamento e estrutura económica.

O litoral caracteriza-se por uma faixa estreita, junto à costa, com recursos naturais importantes, designadamente: solos agrícolas férteis, aquíferos subterrâneos, zonas húmidas, praias e o Parque Nacional da Ria Formosa. Devido a estes factores, existe nesta zona uma maior oferta de trabalho resultando numa maior concentração urbana e maior densidade populacional.

O barrocal, por sua vez, caracteriza-se por uma zona de grande valor paisagístico, mas de menor densidade populacional, constitui uma faixa de transição entre o rural e o urbano.

Figura nº 6 – Mapa do ACES Sotavento



A mais interior, o Concelho de Alcoutim tem 576,57 Km² de área e 3033 habitantes. É constituído por cinco freguesias: Alcoutim, Pereiro, Giões, Martinlongo e Vaqueiros que, na sua totalidade, incluem 106 pequenos núcleos populacionais denominados “montes”.

O Concelho de Castro Marim tem uma superfície de 300 Km², que corresponde a 6% da área da região do Algarve.

Administrativamente, este Concelho está dividido em quatro freguesias. No interior localizam-se a freguesia de Azinhal, Odeleite e Castro Marim; no litoral encontra-se Altura. Esta última apresenta características mais urbanas devido à sua localização e consequente desenvolvimento turístico, ao contrário das restantes freguesias que apresentam características rurais. A população residente no Concelho era de 6461, trata-se de um povoamento disperso, com uma baixa densidade populacional.

O Concelho de Tavira tem uma área de 611 Km², com 25412 habitantes, do qual fazem parte nove freguesias (Santa Maria, Santiago, Santo Estêvão, Santa Catarina da Fonte do Bispo, Conceição de Tavira, Cabanas de Tavira, Cachopo, Luz de Tavira e Santa Luzia) e oitenta localidades. É o terceiro Concelho do Algarve mais extenso, confinando a Norte com o Concelho de Alcoutim, a Este com Vila Real de Santo António, a Oeste com os Concelhos de Loulé, São Brás de Alportel e Olhão, e a Sul com o Oceano Atlântico.

O Concelho de Vila Real de Santo António tem 57,53 Km² de área e 18587 habitantes. O Concelho está subdividido em 3 freguesias: Vila Nova de Cacela, Monte Gordo e Vila Real de Santo António.

A cidade situa-se no extremo sudeste do Algarve, e o seu território é dominado pelo rio Guadiana a Leste, o Oceano Atlântico a sul e a Serra Algarvia (na freguesia de Vila Nova de Cacela) e o sapal de Castro Marim (Vila Real e Monte Gordo), a Norte.

A tabela seguinte mostra a população residente por local de residência e por sexo, comparando os números de Portugal com o Algarve e os Concelhos constituintes do ACES Sotavento.

Tabela nº 2 – População residente (N.º) no Sotavento, por local de residência e por sexo

População Residente (N.º), por local de residência e por sexo			
	Homens e Mulheres	Homens	Mulheres
Portugal	106 377 13	51 482 03	54 895 10
Algarve	4 340 23	2 174 34	2 165 89
Alcoutim	3 033	1 599	1 434
Castro Marim	6 461	3 301	3 160
Tavira	25 412	12 903	12 509
Vila Real de Santo António	18 587	9 179	9 408

Fonte: Anual – INE, estimativas anuais da população residente (em 31 de Maio de 2010).

Podemos verificar que, em relação aos concelhos que integram o ACES, Tavira é o mais populoso (25 412), sendo que Alcoutim é o concelho com menos população, com 3 033 habitantes. Relativamente à população por sexo, a Região do Algarve revela uma tendência oposta à do país, ou seja, ao nível nacional existem mais mulheres do que homens, 54 895 10 e 51 482 03, respectivamente; ao passo que ao nível do Algarve, existem mais homens do que mulheres, 2 174 34 e 2 165 89, respectivamente.

Note-se que o concelho de Vila Real de Santo António reflecte uma tendência semelhante à do país, pois tem um número de residentes do sexo feminino superior ao dos residentes do sexo masculino.

Tabela 3 – Número de Utentes inscritos por Médico de Família, no ano de 2010

N.º de Utentes inscritos por Médico de Família				
Instituição	Sem Médico Família	Sem médico por opção	Com Médico Família	Total
Unidade Funcional Alcoutim	-	-	3.293	3.293
CS Alcoutim	-	-	1.575	1.575
Extensão Martinlongo	-	-	1.231	1.231
Extensão Vaqueiros	-	-	487	487
Unidade Funcional de Castro Marim	797	-	15.929	16.726
Extensão Azinhal	416	-	-	416
Extensão Odeleite	381	-	-	381
USF Guadiana	-	-	15.929	15.929
Unidade Funcional de Tavira	3.018	85	25.703	28.806
CS Tavira	3.017	85	6.106	9.208
Extensão Cachopo	-	-	669	669
Extensão Luz de Tavira	1	-	3.165	3.166
Extensão Santa Luzia	-	-	1.526	1.526
Extensão Santo Estêvão	-	-	1.398	1.398
USF Balsa	-	-	12.839	12.839
Unidade Funcional de Vila Real de Santo António	7	59	12.869	12.935
Centro Saúde de Vila Real de Santo António	7	59	8.384	8.450
Extensão Vila Nova de Cacela	-	-	4.485	4.485
Total ACES Sotavento	3.822	144	57.794	61.760
Total Algarve	135.876	2.564	365.307	503.747

Fonte: SIARS (Extracção a 07/01/2011).

A Tabela acima, descreve o número de Utentes inscritos por Médico de Família, em Janeiro de 2011, por Centro de Saúde.

Deste modo, podemos referir que o ACES Sotavento regista 61 760 Utentes inscritos, dos quais 57 794 têm Médico de Família, 3 822 não têm Médico de Família atribuído e 144 não têm Médico de Família por opção.

Atendendo a que a incidência e prevalência da diabetes aumenta ao longo da idade e por sexo, é importante perceber a distribuição da população por grupos etários neste ACES.

A tabela seguinte diferencia os Utentes inscritos no ACES Sotavento por sexo e por idade no ano 2011. Destaca-se um elevado número de utentes com idade superior a 75 anos, revelando uma população envelhecida e realçando a fraca Natalidade.

Tabela nº 4 – Distribuição da população inscrita no ACES Sotavento por sexo e grupo etário

ACES Sotavento			
Grupo Etário	Homens	Mulheres	Total
< 1 ano	209	210	419
1 -4 anos	1105	1059	2164
5 -9 anos	1461	1387	2848
10 – 14 anos	1416	1377	2793
15 – 19 anos	1359	1349	2708
20 – 24 anos	1612	1562	3174
25 – 29 anos	1970	1946	3916
30 – 34 anos	2348	2243	4591
35 – 39 anos	2487	2224	4711
40 – 44 anos	2235	2148	4383
45 – 49 anos	2136	1990	4126
50 – 54 anos	2089	1997	4066
55 – 59 anos	1974	1860	3834
60 – 64 anos	1829	1905	3734
65 – 69 anos	1645	1674	3319
70 – 74 anos	1503	1660	3163
>= 75 anos	3127	4366	7493
Total	30505	30937	61442

Fonte: SINUS

Atendendo a que a Taxa de Prevalência e de incidência da diabetes aumenta após os 40 anos, o grupo alvo de maior intervenção no diagnóstico precoce e na prevenção de complicações corresponde a 34 118 utentes, cerca de 55,5% dos utentes inscritos.

A prestação de cuidados de saúde aos utentes inscritos neste ACES é assegurada por 243 profissionais, distribuídos pelas diversas unidades do ACES Sotavento, conforme organograma em anexo (AnexoII), constituindo os **recursos humanos disponíveis no ACES**.

Fazem parte destes recursos 71 enfermeiros, distribuídos pelas diversas unidades, anteriormente referidas, incluindo o serviço de urgência básico, cuidados continuados integrados, unidades móveis e cuidados na comunidade, verificando-se que nas equipas 37 multidisciplinares, em média um enfermeiro constitui equipa com um médico e um assistente técnico para cerca de 1500 utentes. Poderá não ser o desejável mas é bastante aceitável face à realidade da região.

Os médicos e os assistentes técnicos encontram-se em número semelhante.

Entre os técnicos de diagnóstico e terapêutica, constam duas dietistas, com um papel relevante na prevenção da diabetes.

Na tabela seguinte apresenta-se a distribuição dos diversos profissionais por categoria profissional.

Tabela nº 5 – Recursos Humanos do ACES Sotavento por categorias profissionais

Categorias	Total de Profissionais Existentes
Director Executivo	1
Médicos	47
Enfermeiros	71
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (DT)	23
Técnicos Superiores	8
Assistentes Técnicos	45
Assistentes Operacional	47
Informático	1
Totais	243

A maioria dos profissionais encontram-se nos grupos etários dos 30-39 anos e 50-59 anos, como se apresenta no gráfico seguinte.

Gráfico nº 1 – Idade dos Profissionais do ACES Sotavento



Fonte: Lista Nominativa ACES Sotavento.

Após uma breve caracterização geral dos principais aspectos demográficos do ACES e dos recursos humanos de que dispõe, é importante apresentar uma caracterização mais específica de um dos principais grupos alvo deste trabalho: a população diabética do ACES.

É importante referir que a população inscrita no ACES varia facilmente num curto período de tempo, o que se deve a nascimentos, mortes e transferência de inscrições, podendo os números apresentados num mesmo ano apresentarem ligeiras variações sem que correspondam a erros de registo ou contagem.

No ACES Sotavento, no universo de 61 452 utentes inscritos em 2011, registou-se uma prevalência de 3300 diabéticos (5,37%), distribuídos por 37 equipas multidisciplinares, numa média de 89 diabéticos por equipa.

Nos concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Vila Real de Santo António e Tavira, a taxa de prevalência estimada da diabetes passou de 5,2% para 6,16% de 2009 a 2011, como representa a tabela nº6.

Tabela nº 6 – Prevalência da Diabetes no ACES Sotavento de 2009 a 2011

Pop. Residente 2008 (INE)		2009		2010		2011 (Fevereiro)	
		N.º Diab	%	N.º Diab	%	N.º Diab	%
Alcoutim	3186	259	8,1	279	8,8	279	8,8
Castro M./VRSA	24941	1211	4,9%	1574	6,3%	1575	6,3%
Tavira	25410	1335	5,3%	1444	5,7%	1454	5,7%
TOTAL ACES	53537	2805	5,2%	3279	6,12%	3300	6,16%

(Fonte: SINUS)*

A maioria dos Diabéticos (76%) tem 60 e mais anos, com uma ligeira predominância nas mulheres.*

Para além do aumento da incidência da diabetes, o aumento da prevalência deve-se também à sensibilização quer dos utentes quer dos profissionais de saúde para esta problemática e para a importância de diagnosticar a diabetes o mais precocemente possível, ficando estes números ainda muito abaixo do desejável.

Em 2009 foram desenvolvidas algumas actividades que nos permitiram colher alguns dados específicos das pessoas com diabetes no ACES, contribuindo para a caracterização de uma parcela da população alvo deste projecto, entre as quais:

- Avaliação do risco para Diabetes a 645 idosos de Alcútem, através da Unidade Móvel, abrangendo todas as pessoas com 65 e mais anos do concelho de Alcútem;
- Rastreio de HbA1C a 182 diabéticos de Alcútem (76,8% dos diabéticos);
- Avaliação do comprometimento vascular a 188 Diabéticos de Tavira (14% dos diabéticos).

A avaliação do risco de desenvolvimento de diabetes a 645 idosos (todas as pessoas com 65 e mais anos) do concelho de Alcútem, desenvolvido pela enfermeira afecta à unidade móvel desta localidade, decorreu nos meses de Março e Abril de 2009, através da aplicação do questionário de avaliação de risco de desenvolver diabetes a 10 anos e determinação da glicemia capilar, permitindo identificar e/ou confirmar 77 diabéticos, correspondendo a uma prevalência de 11,94% e estimando a sua ascensão para 22,53% em 2019, face ao índice de risco calculado na população em estudo. Os principais dados apurados apresentam-se na tabela seguinte:

Tabela nº 7 - Avaliação do risco para a diabetes em Alcútem

	2009				Risco	2019		
	Com diagnóstico de diabetes	Sem diagnóstico de diabetes	Total	% com diabetes		Novos diabéticos	Total diabéticos	% com diabetes
Baixo: calcula-se que 1 em 100 desenvolverão diabetes	0	80	80	0,00%	1,00%	0,8	0,8	1,00%
Sensivelmente elevado: Calcula-se que 1 em 25 desenvolverão diabetes	7	263	270	2,59%	4,00%	10,52	17,52	6,49%
Moderado: Calcula-se que 1 em 6 desenvolverão diabetes	9	116	125	7,20%	16,67%	19,33	28,33	22,67%
Alto: Calcula-se que 1 em 3 desenvolverão diabetes	47	101	148	31,76%	33,33%	33,67	80,67	54,50%
Muito alto: Calcula-se que 1 em 2 desenvolverão diabetes	14	8	22	63,64%	50,00%	4,00	18,00	81,82%
Total	77	568	645	11,94%		68,32	145,32	22,53%

O outro estudo acerca da caracterização das pessoas com diabetes no Concelho de Alcoutim, com uma amostragem de 182 diabéticos sinalizados no SINUS, correspondendo a 76,8% do total de diabéticos, permitiu apurar que 54,95% dos diabéticos em Alcoutim são do sexo feminino, com uma média de idades de 69,3 anos, num intervalo dos 60 aos 79 anos. A sua grande maioria (98,35%) tem diabetes tipo II, apresentam um índice de massa corporal superior a 30, sendo classificados como obesos, com um perímetro de cintura de 102 cm para os homens e 88 cm para as mulheres. Cerca de 50% estavam medicados com anti-hipertensores no entanto 76,37% apresentavam valores tensionais elevados (sistólica superior a 130 mmHg). A maioria estava medicada com antidiabéticos orais mas apresentavam Hb1Ac elevadas. Sem que tivesse demonstrado as suas competências na autovigilância e autocuidado face à diabetes, 79,12% refere fazer a autovigilância da glicémia e 57,69% consideram, contrariamente aos valores da glicémia, a sua diabetes controlada.

Afigura que se segue resume os principais dados apurados.

Figura nº 7 – “Retrato” da pessoa diabética de Alcoutim



CARACTERIZAÇÃO DO DIABÉTICO DE ALCOUTIM (amostragem N= 182 = 76,8 % Diabéticos sinalizados no SINUS)	Nº 182	%
Mulher – média idades 69,3 anos (entre 60 e 79 anos)	100	54,95%
Com Diabetes Tipo II	179	98,35%
Obeso (Índice Massa Corporal » 30)	141	77,47%
Perímetro abdominal excessivo – H»102 M» 88	123	69,49%
Medicado com Anti-Hipertensores	94	51,6%
Medicado com Anti-Diabéticos Orais	155	85,16%
Considera-se Cuidadoso com o tipo de alimentos que ingere	122	61,54%
Faz entre 5 ou mais refeições diárias	88	48,36%
Tem TA Sistólica » 130 mmHg	139	76,37%
Refere que faz Auto-Vigilância da glicémia	154	79,12%
Considera a sua Diabetes Controlada	105	57,69%



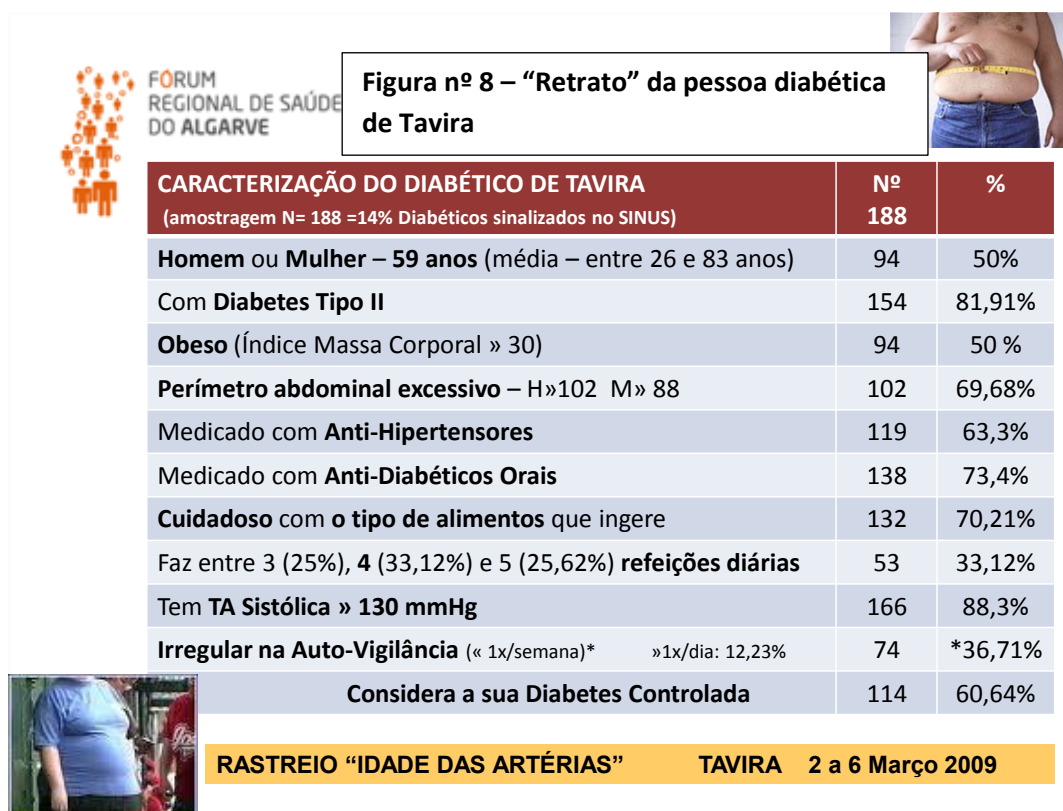
Estudo dos Diabéticos de Alcoutim

12 a 16 Feb 2009

O estudo desenvolvido pelos enfermeiros de Tavira, a uma amostra de 188 pessoas com diabetes, representado 14% dos diabéticos do Concelho de Tavira sinalizados no SINUS,

revelou uma prevalência idêntica entre homens e mulheres, com 59 anos de média de idades, num intervalo entre os 26 e os 83 anos, na sua grande maioria (81,91%) com diabetes tipo II. Cerca de metade são obesos, com índice de massa corporal superior a 30 e 69,68% com perímetro abdominal excessivo (homens superior a 102 e mulheres superior a 88 Cm). Estavam medicados com anti-hipertensores 63,3%, no entanto 88,3% apresentavam TA Sistólica superior a 130 mmHg. Estavam medicados com antidiabéticos orais 73,4%. Consideram-se cuidadosos com o tipo de alimentos que ingerem no entanto apenas 25,62% respeitavam uma dieta polifraccionada (faziam pelo menos 5 refeições por dia). Consideram a sua diabetes controlada 60,64%.

A figura seguinte sintetiza os dados apurados.

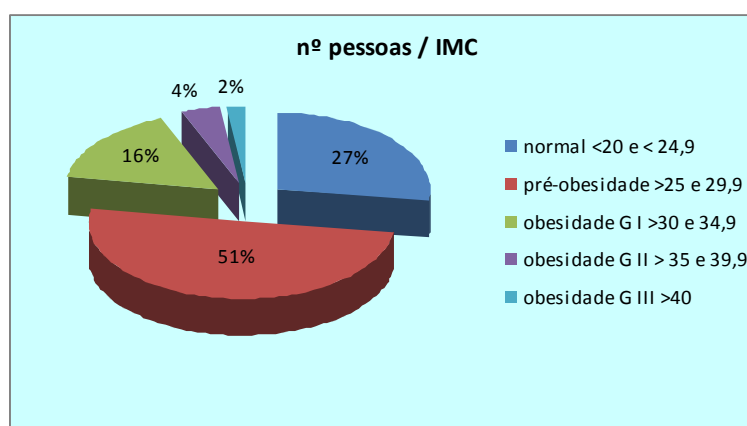


No dia mundial da diabetes, 2011, a UCC Talabriga (Tavira) desenvolveu uma acção de sensibilização e rastreio na comunidade, contando com a participação de 99 cidadãos do concelho de Tavira, dos quais 50 mulheres e 49 homens, com uma idade compreendida entre os 15 e os 80 anos de idade. Incluiu 12 diabéticos aos quais foi realizada uma abordagem de despiste de complicações agudas e educações para a saúde sobre alimentação, prática do exercício físico e promoção da auto-vigilância.

Foi aplicado o questionário de avaliação do risco de diabetes tipo 2 (PNPCD) a 87 utentes, verificando-se que 3% da população estudada apresenta risco muito alto de poder vir a apresentar diabetes em 10 anos, 15% apresentam risco alto, 24% apresentam risco moderado, 39% apresentam risco ligeiro e 19 % um baixo risco. Todos os cidadãos que apresentaram risco alto ou muito alto foram referenciados para a sua equipa de saúde, bem como 46,46 % por motivo de hipertensão.

Relativamente ao IMC, registou-se 2 % de indivíduos com obesidade grau III, 4 % com obesidade grau II, 16 % com obesidade grau I e 51 % em pré-obesidade, sendo que a maioria destes doentes foram observados pela dietista do Centro de Saúde de Tavira durante a acção de sensibilização.

Gráfico nº2 - Distribuição da população por IMC



Quanto ao perímetro abdominal (PA), no sexo masculino 34% da população apresentou risco muito aumentado (> 102) e 34% risco aumentado (>94 e < 102). No sexo feminino 54% apresentaram um risco muito aumentado (> 88 cm) e 28% um risco aumentado (>80 e < 88 cm), como demonstram os gráficos seguintes.

Gráfico nº3: Distribuição da população masculina por valores de Perímetro Abdominal

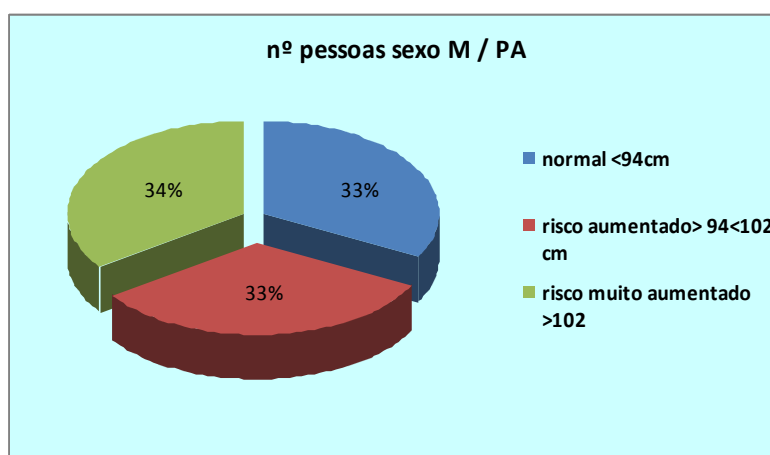
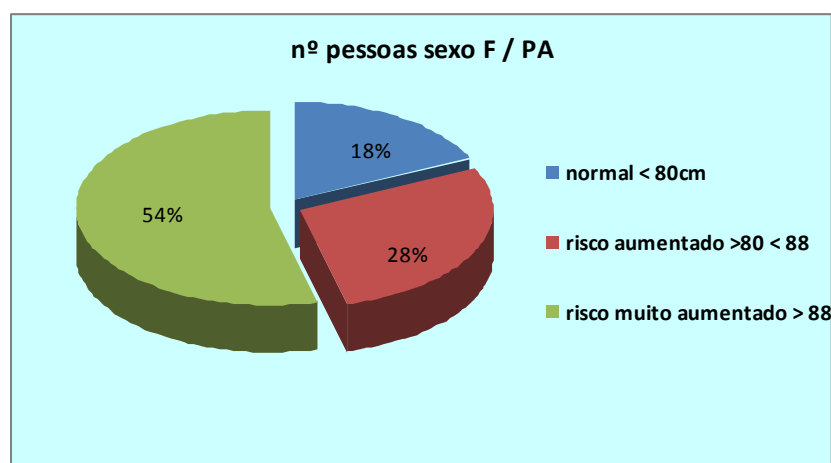
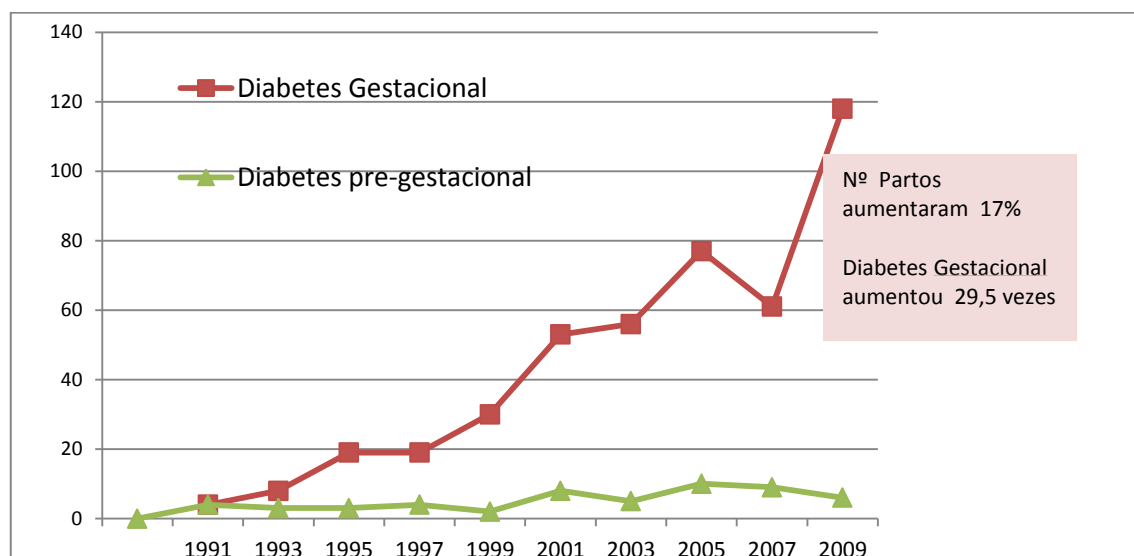


Gráfico nº4: Distribuição da população feminina por valores de Perímetro Abdominal



Também a prevalência da Diabetes Gestacional também tem vindo a aumentar, apresentando no gráfico nº 5 o número de grávidas diabéticas seguidas no hospital de Faro (hospital de influência deste ACES) desde 1991 a 2009.

Gráfico nº 5 - Nº de grávidas diabéticas seguidas no hospital de Faro de 1991 a 2009

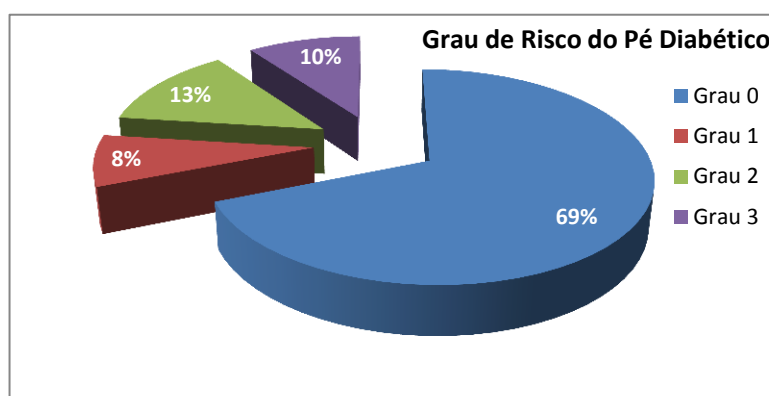


A análise de 1144 notícias de nascimento recepcionadas entre 2008 e 2010 das crianças residentes nos concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Vila Real e Tavira, revelou que a Diabetes é a 2ª causa de gravidez de risco neste ACES, representando 22,2% entre todas as causas de referenciação para o hospital. De realçar que a acessibilidade à consulta de risco do hospital de Faro demora uma média de 2 semanas, sendo considerada eficiente na sua intervenção.

Um dos indicadores que levanta maiores preocupações no ACES Sotavento tem a ver com incidência de amputações major em diabéticos: 1,31 por 10.000 habitantes (comparativamente a 0,74 no Algarve e 0,40 no continente) em 2010, segundo dados da ACSS.

No gráfico nº 2 apresentam-se dados de estudo por amostragem da avaliação do pé a 101 Diabéticos do ACES Sotavento, realizada em 2011 na consulta do pé, realizada por podologista, a utentes diabéticos dos concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Vila Real e Tavira, referenciados pelas equipas multidisciplinares do ACES e realizadas nas unidades funcionais do concelho respectivo.

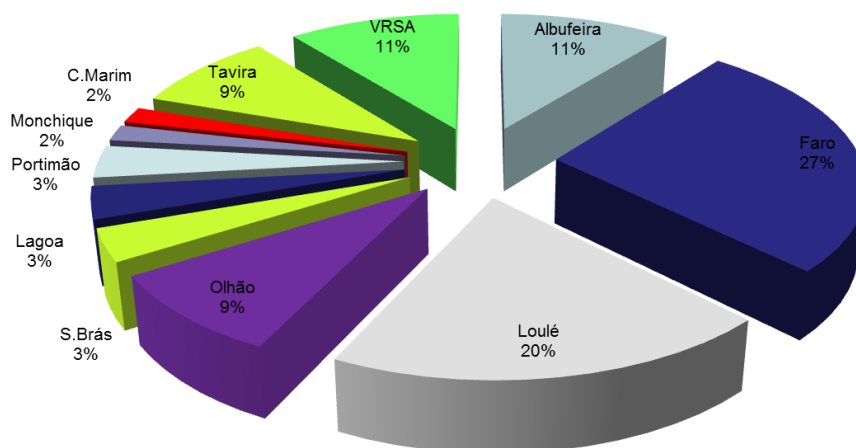
Gráfico nº 6 - Estudo do Pé realizado a 101 diabéticos no ACES Sotavento em 2011



A análise do gráfico anterior permite-nos verificar que existem 31% de diabéticos com risco identificado de lesão no pé, dos quais 10% com risco de grau 3, ou seja, com risco elevado a potenciais amputações, necessitando de uma intervenção urgente de cuidados de saúde diferenciados mas cujo hospital de referencia (Faro) não só não garante a acessibilidade atempada como não dispõe de consulta específica de podologia e/ou de cirurgia vascular.

Como se pode verificar no gráfico que se segue, cerca de 33% das amputações efectuadas nos dois hospitais de referência da região do Algarve dizem respeito à zona de influência do ACES Sotavento, sendo este o menor dos três ACES em termos de população inscrita na região (cerca de 12%) e residente, levantando-nos sérias preocupações face a este indicador.

Gráfico nº 7 - Amputações nos Hospitais do Algarve por concelho de residência - 2010



Embora as amputações a que nos referimos não sejam todas devidas a complicações da diabetes, sabemos que representam a principal causa.

Se é um facto que sobretudo os concelhos de Alcoutim, seguido de Tavira têm um índice de envelhecimento acentuado, com inerentes problemas cardiovasculares, não se registou nenhuma amputação nos utentes de Alcoutim e Tavira não é dos mais elevados, podendo as causas estarem relacionadas com falta de vigilância e tratamento atempado, emergindo a necessidade de desenvolver estratégias no sentido de inverter este indicador.

Os dados apresentados, entre muitos outros, permitiu não só caracterizar o Diabético como identificar necessidades/problemas e definir objectivos conducentes à definição das estratégias e planeamento das iniciativas ou actividades.

Permitiu confirmar a baixa eficácia na Prevenção e Controlo Global da Diabetes nos utentes inscritos (61442) no ACES Sotavento.

Demonstrou-se um deficit na Taxa de diagnóstico, estimando estarem diagnosticados menos de metade dos previsíveis diabéticos existentes, presumindo-se actualmente a falta de 7% por diagnosticar, cerca de 4300. Acrescendo a previsível projecção do aumento exponencial de 20% para 2030, elevando não só a prevalência para 32%, como também a inevitável ocorrência de complicações major da diabetes por um diagnóstico tardio, com todas as implicações socioeconómicas que daí advêm.

A inexistência de uma estratégia de prevenção primária na comunidade, o pouco investimento neste nível de prevenção nas próprias unidades e a inexistência de um trabalho alinhado com a própria comunidade, constituem factores agravantes deste indicador.

A análise dos dados obtidos e as auditorias aos registos realizadas permitiu-nos confirmar que dos (5,37%) 3300 diabéticos inscritos nas 37 equipas multidisciplinares, correspondendo a uma média de 89 diabéticos por equipa, muitos deles não realizavam 3 a 4 consultas por ano e não tinham a sua diabetes devidamente controlada, de acordo com as orientações do PNPCD, existindo cerca de 26% com glicémias prandiais superiores a 200 mg/dl; 27,6% com Hb1Ac superior a 8, 73% TA superior a 130 mmHg; 10% (330) com risco de lesão de grau 3 no pé, estimando-se a ocorrência de cerca de 8 amputações, segundo as taxas do ACES, com valor ajustado à população inscrita.

Estes dados aliados à resposta ineficaz dos Cuidados de Saúde Diferenciados, cujo tempo médio de espera para consulta de diabetologia chegou a ser de 273 dias em 2010, e embora esta média tenha diminuído significativamente em 2011, no entanto, das 113 primeiras consultas do pé diabético (para o ACES Sotavento e Central) realizadas em 2010, 70 foram por motivo de imputação.

A falta de cumprimento rigoroso na referenciação efectiva e atempada por parte dos referenciadores (essencialmente médicos) poderá constituir uma agravante para a demora média da primeira consulta e contribuir para a diminuição à acessibilidade atempada.

A inexistência de consulta do pé diabético organizada no ACES, com a prestação de cuidados de enfermagem no nível 1 e de podologista no nível 2 e eventualmente 3, são factores que contribuem para o incremento deste indicador.

Por sua vez, a criação do núcleo de diabetes, tendo sem dúvida alguma constituído uma estratégia dinamizadora e promotora das boas práticas na prevenção e controlo da diabetes, necessita de uma estruturação oficial, bem como as estratégias de governação clínica que embora com algum dinamismo não estão devidamente estruturadas.

A listagem dos problemas acabados de enunciar, a forma como se relacionam entre si e a sua apresentação através de uma técnica de visualização esquemática do campo ou área a melhorar através da intervenção, permite a elaboração da “árvore de problemas”. Esta não só facilita a sua compreensão como orienta a sistematização dos procedimentos decorrentes da sua definição, uma vez que constituem a base e a razão de ser de todo o planeamento,

proporcionando uma ferramenta de diagnóstico privilegiada a instituições cujas actividades assentam no desenvolvimento e cooperação. (39)

Apresenta-se na imagem seguinte a “árvore de problemas” seguida da “árvore de objectivos”, considerando que esta última representa a “imagem invertida” da primeira, no sentido de converter a situação problema ou necessidade em intenção de resposta, melhoria ou potencialidade, delineando as principais estratégias de intervenção conducentes à resolução dos problemas identificados, incluídas na etapa do planeamento.

Figura nº 9 – IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS

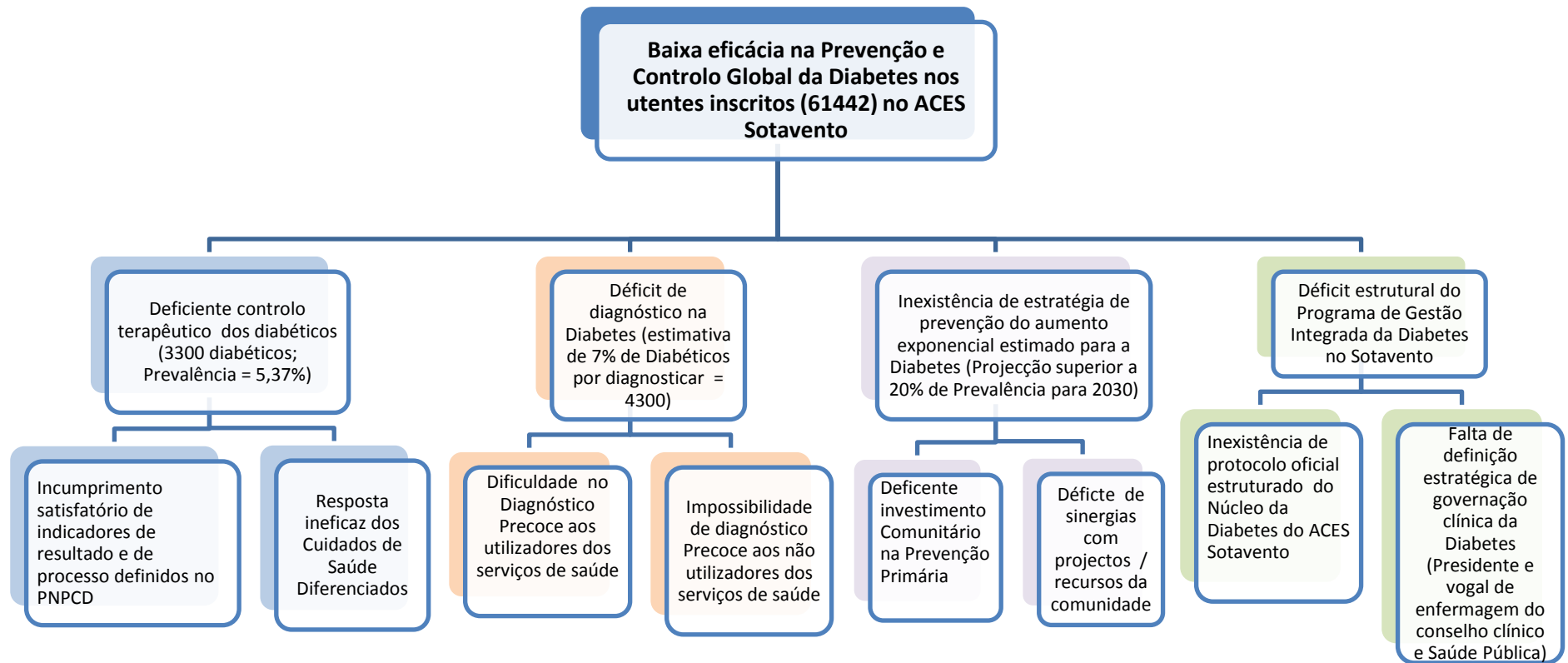
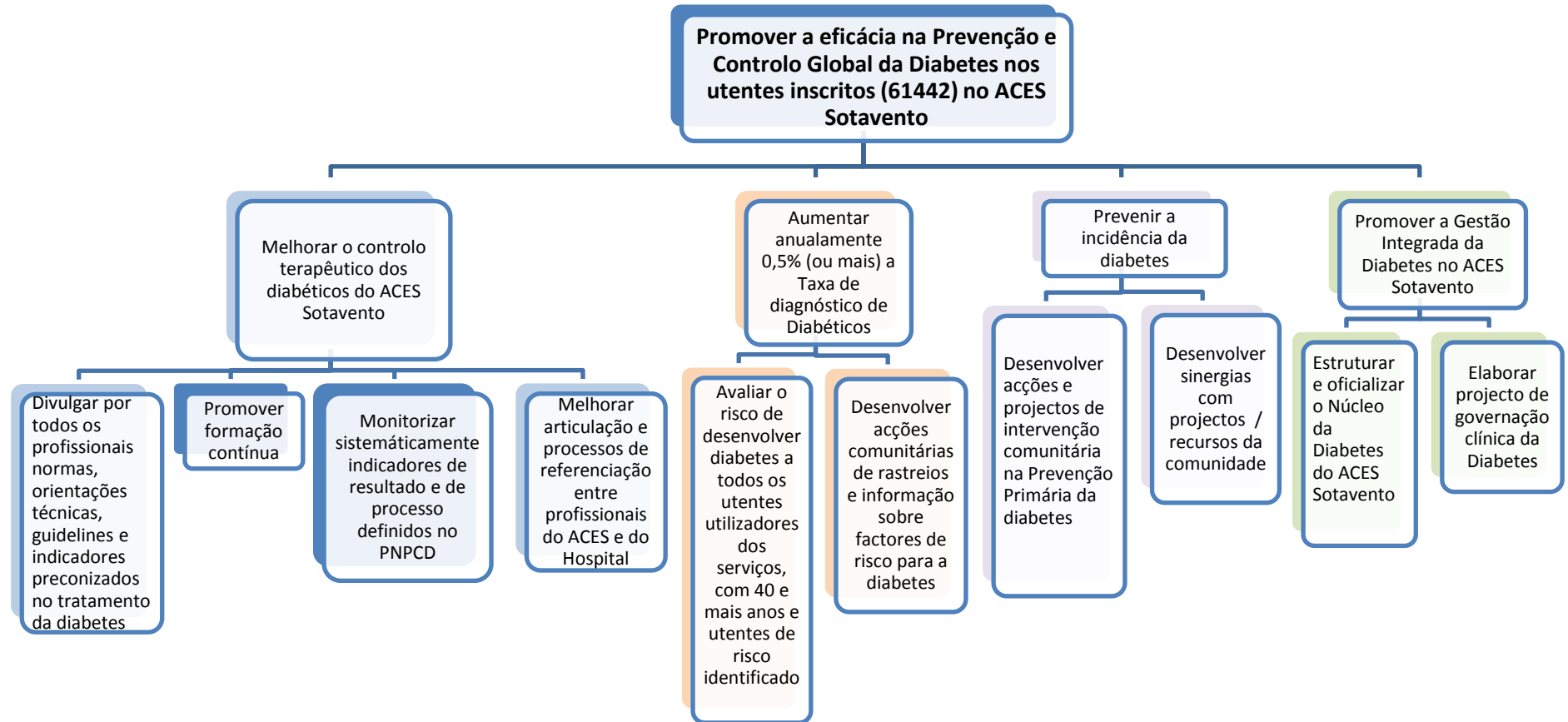


Figura nº 10 – FORMULAÇÃO DE OBJECTIVOS



6.4 – PLANEAMENTO

O planeamento é desenvolvido no sentido de estabelecer medidas para a resolução dos problemas identificados, subdividindo-as em acções, determinando os recursos existentes e os necessários, os custos previstos com vista à elaboração do orçamento, definição de resultados e objectivos, definindo medidas de monitorização e avaliação do impacto ou resultados atingidos com as acções empreendidas, num período temporal definido. (39)

Para desenvolver as várias etapas do planeamento é fundamental concentrarmo-nos na finalidade do nosso projecto, ou seja, atingirmos os objectivos definidos, em resposta aos problemas ou necessidades identificadas, tal como o mapeamento em “árvore” anteriormente apresentado.

Considerando que o **objectivo geral** deste projecto consiste em *Promover a eficácia na prevenção e controlo global da diabetes nos 61442 utentes inscritos no ACES Sotavento*, durante o período de 2012 – 2014, actuando aos quatro níveis de prevenção, com o intuito de concretizar os seguintes **objectivos específicos**:

- Melhorar o controlo terapêutico dos diabéticos do ACES Sotavento;
- Aumentar anualmente em 0,5% (ou mais) a taxa de diagnóstico;
- Prevenir a incidência da diabetes;
- Promover a Gestão Integrada da Diabetes no ACES Sotavento.

Para **promover a melhoria do controlo terapêutico dos diabéticos do ACES Sotavento**, diminuindo as taxas de morbilidade, co-morbilidade e mortalidade, é fundamental o desenvolvimento de estratégias no âmbito da prevenção secundária, terciária e também primária, envolvendo todas as equipas multidisciplinares (USFs, UCSPs, UCCs, URAP e SUB) no desenvolvimento de competências e responsabilização pelo cumprimento das normas, orientações técnicas, *guidelines* e indicadores definidos pelo PNPCD.

As estratégias baseiam-se na:

- Formação contínua dos profissionais, preferencialmente em contexto de trabalho e em interacção multidisciplinar, incluindo a divulgação e discussão das normas, orientações técnicas, guidelines e indicadores definidos pelo PNPCD;
- Monitorização sistemática dos indicadores de resultados e processos definidos no PNPCD;
- Validação e discussão com as equipas multidisciplinares dos resultados obtidos mediante avaliação dos indicadores definidos;
- Criação, desenvolvimento, divulgação e clarificação de instrumentos de referenciação e articulação entre as diversas unidades de saúde do ACES (consulta nutrição, sessões de educação para a saúde em grupos organizados, apoio domiciliário, fisioterapia, ect...) e entre estas e os parceiros da comunidade (ex: prescrição da actividade física, apoio domiciliário integrado, etc...);
- Clarificação dos critérios, normas e procedimentos de referenciação atempada para os cuidados hospitalares e prestadores de cuidados de saúde ou de meios complementares de diagnóstico externos ao ACES;

Considerando a prevalência de 3300 diabéticos, distribuídos por 37 equipas multidisciplinares (constituídas por médico, enfermeiro, administrativo), correspondendo a uma média de 89 diabéticos por equipa que devem fazer em média 4 consultas por ano, considerando 42 semanas de trabalho por ano, cada equipa atenderia 8 diabéticos por semana.

Foram efectuadas listagens nominais dos Diabéticos por ficheiro e foi feita uma adequação do número de horas de consulta face ao número de diabéticos inscritos, no sentido de garantir a acessibilidade da pessoa com diabetes às consultas necessárias.

Para **aumentar anualmente em 0,5% (ou mais) a taxa de diagnóstico**, com o intuito de promover o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações major, com consequente redução das taxas de morbilidade, co-morbilidade e mortalidade, aos 4300 utentes que calculamos estarem por diagnosticar e a todos os potenciais diabéticos, privilegiando a prevenção primária, mas também secundária, desenvolvidas pelas USFs, UCSP e UCCs, através de:

- Implementação nas equipas de saúde multidisciplinares, unidades móveis e apoio domiciliário da avaliação sistemática do “risco de desenvolver diabetes a 10 anos”

(instrumento validado e recomendado pelo PNPCD) a todos os utentes com 40 e mais anos e/ou com risco reconhecido para o desenvolvimento da diabetes (PNPCD) e respectivo encaminhamento para tratamento ou medidas de prevenção (sessões de educação para a saúde em grupo nas UCCs).

- Desenvolvimento de acções comunitárias de formação e sensibilização à população sobre a diabetes e realização de rastreios organizados à população com 40 e mais anos e/ou com risco reconhecido para o desenvolvimento da diabetes (PNPCD) e respectivo encaminhamento para tratamento nas equipas multidisciplinares de saúde ou medidas de prevenção (sessões de educação para a saúde em grupo nas UCCs).

Para **prevenir a incidência da diabetes e controlar o aumento exponencial** perspectivado para 2020, a intervenção diz respeito à prevenção primária, como foco de atenção em todas as unidades funcionais mas cabe sobretudo às UCCs um papel de destaque, na sua proximidade e articulação com a comunidade, pela sua vocação para a promoção da saúde na comunidade escolar e em grupos de risco e vulnerabilidade, cabendo à Saúde Pública a responsabilidade de alinhar estas intervenções e promover sinergias com os recursos da comunidade. As estratégias consistem em:

- Desenvolver acções e projectos de intervenção comunitária na prevenção primária da diabetes;
- Desenvolver sinergias com projectos / recursos da comunidade;
- Identificar precocemente pessoas com risco de desenvolver diabetes, nomeadamente na comunidade escolar e elaborar planos individuais de saúde (sendo recomendado a sua inclusão em grupos de auto-ajuda ou de educação para a saúde) promotores da inversão do risco.

Para **promover a Gestão Integrada da Diabetes no ACES Sotavento**, para além de prosseguir com o desenvolvimento de todas as actividades já iniciadas, no sentido de garantir o seu sucesso e continuidade, as estratégias devem ser conduzidas pela USP e o conselho clínico no sentido de:

- Estruturar e oficializar o Núcleo da Diabetes do ACES Sotavento;
- Elaborar um projecto de governação clínica da Diabetes no ACES Sotavento.

6.5 - ACOMPANHAMENTO ESTRATÉGICO

O acompanhamento estratégico é um processo de monitorização contínua, com acompanhamento e controlo dos objectivos (indicadores), actividades e iniciativas definidas; é o meio privilegiado de avaliação de desempenho da instituição ou do sucesso de um projecto.(52)

É preciso monitorizar, avaliar de forma regular e dinâmica e corrigir os desvios.

Avaliar a evolução dos indicadores é verdadeiramente avaliar o desempenho dos serviços de saúde nomeadamente a acessibilidade e equidade, a competência e efectividade, os custos e eficiência, a segurança e sustentabilidade. (45)

A “árvore de objectivos” constituiu uma ferramenta importante na sua hierarquização e a sua visualização esquemática facilitou a definição de estratégias enunciadas.

A avaliação sistemática é fundamental mas para se avaliar têm que ser definidas medidas objectivas que permitam a comparação entre o ponto de partida e um outro ponto de chegada, previamente definido.

Atendendo a que foram definidos indicadores para avaliar o PNPCD e que estes servem de referência a nível nacional e estão na sua maioria incluídos nos sistemas informáticos de registo e informação, foi feita uma selecção de alguns deles, considerados prioritários face ao diagnóstico efectuado, para serem utilizados como instrumentos de medida neste projecto. Foram definidas as fontes de colheita de dados para avaliação dos indicadores.

Foram definidas iniciativas e actividades promotoras da concretização dos indicadores seleccionados.

Foi equacionada a questão do orçamento e salientaram-se pressupostos considerados determinantes á concretização dos objectivos e indicadores.

De forma a facilitar a interpretação, apresentam-se as referidas definições esquematicamente, em forma de tabela, que se segue.

O cronograma de actividades, especificando não só as actividades e o período em que devem decorrer mas também os seus dinamizadores e unidades a desenvolver essas mesmas actividades, constitui outra ferramenta de planeamento bastante útil no desenvolvimento da sua implementação (Anexo III).

Tabela nº 8 – Hierarquia de Objectivos, definição de indicadores, iniciativas/actividades, orçamento, fontes de verificação pressupostos

Hierarquia de Objectivos	Indicadores	Fontes de verificação	Pressupostos
Finalidade: Promover a eficácia na Prevenção e Controlo Global da Diabetes nos utentes inscritos (61442) no ACES Sotavento	a) Tx de Prevalência Tx de incidência por ano Tx de precocidade no diagnóstico Tx Morbilidade Tx Mortalidade - Avaliação da efectividade na prevenção primária (estudos longitudinais) - Avaliação do nível de satisfação nos processos de referência / articulação (questionário dirigido a profissionais de saúde, parceiros da comunidade e utentes)	- SINUS - SAM - SAPE - Medecine One - VitaCare - Alert - SIARES - INE - Base de dados Excell	- Formação contínua dos profissionais de saúde, preferencialmente em contexto de trabalho e em interacção multidisciplinar: divulgação e discussão das normas, orientações técnicas, guidelines e indicadores. - Monitorização contínua da qualidade dos registos - Monitorização contínua dos indicadores
Objectivo 1: Melhorar o controlo terapêutico dos diabéticos do ACES Sotavento	- % de utilizadores diabéticos / % de diabéticos vigiados - Incidência de diabéticos anuais entre os utilizadores - % de diabéticos com TA não controlada (Sistólica > 130 e/ou diastólica > 80 mmHg) - % diabéticos com mau controlo metabólico (HbA1c ≥ 8) - % de diabéticos com pelo menos um exame aos pés registado anualmente - % de diabéticos com pelo menos um exame da retina realizado anualmente - Incidência de amputações major e minor, em diabéticos na população residente - Incidência de enfarte agudo do miocárdio em diabéticos na população residente - Incidência de acidente vascular cerebral em diabéticos na população residente		
Resultados esperados anualmente: 1 – Diminuir Tx de Morbilidade e Co-morbilidade da diabetes 2 – Diminuir Taxa de mortalidade - Aumentar 2% a Tx de utilizadores diabéticos - Aumentar 2% o nº de diabéticos com glicémias prandiais inferiores a 200 mg/dl (actualmente 74%) - Diminuir 2% o nº de diabéticos com Hb1Ac superior a 8% (actualmente 27,6%) - Aumentar 5% o nº de diabéticos com TA sistólica inferior a 130 mmHg (actualmente 27%) - Avaliar o nº de diabéticos com níveis de colesterol controlado (sem valores de referência anteriores)			

Hierarquia de Objectivos	Indicadores	Fontes de verificação	Pressupostos
<p>(Continuação do Objectivo 1:)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o nº de registo de observação do pé diabético (sem valores de referência anteriores) - Diminuir 0,5% o nº de amputações major e minor nos diabéticos (cerca de 8 face à população residente) 			
<p>Medidas / Actividades (resposta Objectivo 1) (a desenvolver pelas equipas multidisciplinares das USF, UCSP, UCC, URAP)</p>	Orçamento / custos das medidas		
<ul style="list-style-type: none"> - Educação para a saúde: alimentação, actividade física, autogestão da doença, autovigilância, adesão ao regime terapêutico, cuidados com os pés; - Prescrição de actividade física se necessária; - Referenciação para sessões de educação para a saúde em grupo se necessário. - Convocatória aos diabéticos que não fazem vigilância pelos menos semestral, se controlados, trimestral ou menos se não devidamente controlados - Controlo do registo de glicémias no mínimo semestral, frequência necessária - Controlo de Hb1Ac no mínimo semestral, se necessário até trimestral - Monitorização sistemática da utilização de medidores de Hb1Ac na consulta - Controlo da TA no mínimo semestral. - Registo de observação dos pés, no mínimo anual. - Tratamento ou encaminhamento para tratamento precoce de todas as lesões do pé. - Eficácia nos processos de referenciação inter-unidades e com cuidados de saúde diferenciados ou secundários. 	<p>(recursos humanos e materiais já disponibilizados e financiados pela ARS Algarve; prevê-se um acréscimo de 500 Euros para material de apoio às sessões de educação para a saúde).</p>		

Hierarquia de Objectivos	Indicadores	Meios / Fontes de verificação	Pressupostos
Finalidade: Promover a eficácia na Prevenção e Controlo Global da Diabetes nos utentes inscritos (61442) no ACES Sotavento	a)	- SINUS - SAM - SAPE	- Formação contínua dos profissionais de saúde, preferencialmente em contexto de trabalho e em interacção multidisciplinar: divulgação e discussão das normas, orientações técnicas, guidelines e indicadores.
Objectivo 2: Aumentar anualmente em 0,5% (ou mais) a Taxa de Diagnóstico	- Tx de Incidência de diabéticos anuais entre os utilizadores	- Medecine One - VitaCare	
Resultados: 1 – Aumentar anualmente 0,5% a Tx de diagnóstico (precoce) da Diabetes		- Alert - SIARES - INE - Base de dados Excell	
Medidas / Actividades (a desenvolver pelas equipas multidisciplinares das USF, UCSP, UCC, URAP)	Orçamento / custos das medidas		- Monitorização contínua da qualidade dos registos - Monitorização contínua dos indicadores
- Aplicação do questionário de avaliação de risco de desenvolver diabetes a 10 anos a todos os utilizadores com 40 e mais anos e/ou com risco identificado nas USF, UCSP, Apoio Domiciliário e Unidades Móveis; - Rastreios organizados na comunidade para aplicação do questionário de avaliação de risco de desenvolver diabetes a 10 anos a todos os utilizadores com 40 e mais anos e/ou com risco identificado; - Alertar equipas de medicina do trabalho para a avaliação do risco de desenvolver diabetes, diagnóstico e tratamento precoce.	(recursos humanos e materiais já disponibilizados e financiados pela ARS Algarve; prevê-se um acréscimo de 500 Euros para impressão dos questionários)		

Hierarquia de Objectivos	Indicadores	Fontes de verificação	Pressupostos
Finalidade: Promover a eficácia na Prevenção e Controlo Global da Diabetes nos utentes inscritos (61442) no ACES Sotavento	a)	- SINUS - SAM - SAPE - Medecine One - VitaCare - Alert - SIARES - INE - Base de dados Excell	- Formação contínua dos profissionais de saúde, preferencialment e em contexto de trabalho e em interacção multidisciplinar: divulgação e discussão das normas, orientações técnicas, guidelines e indicadores.
Objectivo 3: Prevenir a incidência da diabetes	- Avaliação do impacto de medidas desenvolvidas a grupos de risco através da realização de estudos longitudinais		
Resultados anuais: 1 – Programar e realizar pelo menos uma sessão de educação para a promoção de estilos de vida saudáveis realizadas na comunidade local e outra na comunidade escolar de cada concelho. 2 – Manter pelo menos uma parceria / sinergia com parceiros da comunidade em cada concelho no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis	- Nº de sessões de educação para a promoção de estilos de vida saudáveis realizadas / nº de sessões de educação para a promoção de estilos de vida programadas x 100 - Nº de parcerias / sinergias estabelecidas com parceiros da comunidade por Concelho		
Medidas / Actividades (a desenvolver pelas equipas multidisciplinares das USF, UCSP, URAP e sobretudo UCC)	Orçamento / custos das medidas		- Monitorização contínua da qualidade dos registos
- Educação para a saúde ao longo de todo o ciclo vital dos indivíduos, famílias e comunidade sobre estilos de vida saudáveis, em todos os contactos nos serviços de saúde e domicílios. - Desenvolver acções e projectos de intervenção comunitária na Promoção de estilos de vida saudáveis / Primária da diabetes (privilegiar a saúde escolar e eventos que envolvam maior nº de participantes) - Desenvolver sinergias com projectos / recursos da comunidade - Colaborar com parceiros comunitários no desenvolvimento de ambientes promotores de saúde. - Dinamizar o projecto “Escola Activa” - Identificar pessoas de risco de desenvolver diabetes e implementar acções de intervenção em grupo.	(sem acréscimos aos recursos humanos e materiais já disponibilizados e financiados pela ARS Algarve; prevê-se 500 Euros para impressão dos questionários.)		- Monitorização contínua dos indicadores

Hierarquia de Objectivos	Indicadores	Fontes de verificação	Pressupostos
Finalidade: Promover a eficácia na Prevenção e Controlo Global da Diabetes nos utentes inscritos (61442) no ACES Sotavento	a)	- SINUS - SAM - SAPE	- Formação contínua dos profissionais de saúde, preferencialmente em contexto de trabalho e em interacção multidisciplinar: divulgação e discussão das normas, orientações técnicas, guidelines e indicadores. - Monitorização contínua da qualidade dos registos - Monitorização contínua dos indicadores
Objectivo 4: Promover a Gestão Integrada da Diabetes no ACES Sotavento	- Nº de unidades de saúde com actividades na área da diabetes / nº de unidades de saúde x 100 - Nº de parcerias / sinergias estabelecidas com parceiros da comunidade por concelho - Avaliação do nível de satisfação nos processos de referênciação / articulação através de questionário dirigido a profissionais de saúde, parceiros da comunidade e utentes	- Medecine One - VitaCare - Alert - SIARES - INE - Base de dados Excell	
Resultados anuais: 1 – Criação de sinergias entre os diversos prestadores de cuidados e promotores de saúde na promoção da saúde / prevenção da diabetes e suas complicações			
Medidas / Actividades (a desenvolver pelo Conselho Clínico, USP, Núcleo de Diabetes)	Orçamento / custos das medidas		
- Elaboração e implementação do projecto de gestão integrada da diabetes - Eleição anual (em Janeiro) do presidente do Núcleo de Diabetes (ND) entre os seus membros - Elaboração do regulamento interno e manual de articulação do ND - Validação do regulamento interno e manual de articulação do ND com direcção executiva, conselho clínico e seus membros - Elaboração de relatório de actividades anual (em Janeiro) do ND - Elaboração do plano de acção anual (em Fevereiro) do ND - Recolha, análise e divulgação sistemática da informação - Realização de formação contínua na área da diabetes	(sem acréscimos aos recursos humanos e materiais já disponibilizados e financiados pela ARS Algarve; prevê-se 500 Euros para impressão dos questionários.)		

<p>Medidas / Actividades para responder ao Objectivo nº 4 – continuação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da efectividade clínica (médica e de enfermagem) dos cuidados de saúde ao diabético (indicadores do PNPCD) - Organização de auditorias externas aos registos médicos e de enfermagem - Monitorização trimestral à correcta utilização do Guia da Pessoa com Diabetes - Monitorização da efectividade dos rastreios contratualizados (retinopatia) - Adequação semestral do nº de diabéticos por ficheiro / nº de horas para consultas de diabetes - Melhorar critérios e circuitos de referência de utentes entre os diversos prestadores de cuidados (Centros de saúde, hospital, prestadores de serviços protocolados e comunidade) - Oficialização das parcerias estabelecidas com autarquias no âmbito da actividade física - Desenvolver sinergias com projectos / recursos da comunidade na promoção de estilos de vida saudáveis e ambientes promotores da saúde. 			
--	--	--	--

7 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO PROJECTO

Numa fase prévia à elaboração deste projecto foram desenvolvidas algumas actividades com o intuito de promover a melhoria da qualidade do serviço de diagnóstico e acompanhamento dos doentes diabéticos, entre as quais:

1. Formação de médicos de família e enfermeiros;
2. Aquisição de equipamento e material clínico (Diapasão, monofilamentos, medidores de HbA1c na consulta);
3. Levantamento de dados para caracterização do utente diabético;
4. Criação do Núcleo de Diabetes (um médico e um enfermeiro por unidade de saúde), para acompanhamento e reflexão do progresso de implementação do programa;
5. Intervenção na comunidade: alguns rastreios organizados;
6. Articulação entre unidades funcionais, promovendo a referenciação para programas na comunidade e de acções da comunidade para equipas de família;
7. Articulação com Hospital, designadamente na gestão da dificuldade na acessibilidade e reflexão sobre casos de complicações e agudizações.

No âmbito da formação contínua foram identificados elementos dinamizadores em cada unidade funcional a quem foi ministrado um curso teórico-prático sobre diagnóstico e cuidados do pé diabético. A opção de iniciar a capacitação dos prestadores pelo pé diabético deveu-se às elevadas taxas de amputação no ACES Sotavento, já abordadas.

Foram organizadas sessões teórico-práticas cobrindo de forma abrangente o ACES (em termos de geografia e horários). Houve 4 sessões teóricas de 20 formandos e 9 sessões práticas de 10 formandos.

A acção de formação serviu ainda, na sua componente prática, para efectuar o rastreio da população: cada equipa seleccionou utentes de risco para rastreio, tendo ainda sido organizados rastreios abertos à população em Alcoutim e Santa Luzia. A adesão à formação foi

na ordem de 70% dos Médicos de Família e 100% dos Enfermeiros (incluindo USF, UCSP, e UCC).

Verificou-se no início da formação que a percentagem de técnicos que executavam correctamente o exame do pé era de apenas 2%, ascendendo este valor aos 90% na conclusão da formação.

A distribuição de listagens nominais a cada equipa de saúde com os utentes diabéticos inscritos nos seus ficheiro foi relevante no sentido de “comprometer” a equipa com a vigilância dos seus utentes, podendo convoca-los, se necessário.

Procedeu-se à disponibilização de equipamentos de medição de HbA1c a todas as equipas (projecto regional com início em Novembro de 2010). Foram adquiridas 16 máquinas para todas as unidades do ACES, sendo organizada a forma de circulação dos medidores pelas 38 equipas de família. Este equipamento permite o controle “na hora” da situação metabólica do utente, seja na Consulta de Diabetes ao doente diabético, seja de forma oportunista, na confirmação de alterações históricas das glicémias, com uma tecnologia apurada que garante a fidedignidade da análise.

Permite o ajuste terapêutico imediato, se for o caso, evitando deslocações do doente ao laboratório, demora no tratamento e um maior consumo de consultas, para verificação de análises.

Por outro lado facilita o acesso às análises dos doentes de sítios isolados ou com dificuldades de transportes (confirmada pela boa adesão dos utentes do concelho de Alcoutim), e duma forma geral diminuir os custos dos utentes com deslocações.

O constrangimento com este equipamento prende-se com o facto de não existir uma máquina para cada local, sendo necessário transportá-las e conjugar a sua colocação com os dias de consultas de diabetes. São bastante pesadas e os reagentes não toleram temperaturas baixas (inverno).

Procedeu-se ainda a aquisição de material clínico integrando diapasões e monofilamentos no material clínico das equipas. Optou-se por não adquirir oftalmoscópios.

Os estudos cujos resultados foram apresentados foram extremamente importantes por retratarem a realidade local, pelo envolvimento dos profissionais e utentes e também para despertar os menos motivados, quer pela positiva quer pela ideia de se instituir

procedimentos de governação clínica que permitem uma maior visibilidade e controlo dos indicadores.

Para além das actividades de rastreio referidas, foram iniciadas consultas de nutrição individual infante/juvenil, e para adultos e grávidas/puérperas foi criada uma intervenção de nutrição grupal.

Em Alcoutim e Tavira foram referenciadas 394 pessoas para a consulta de nutrição, tendo aderido 186.

A UCC Talabriga lançou o projecto “Viver bem com a diabetes” (elaborado por 2 enfermeiros no âmbito da especialização de saúde comunitária), que inclui sessões de educação para a saúde multidisciplinares (enfermeiro, fisioterapeuta e dietista), promovendo exercício físico adequado, alimentação adequada, acompanhamento educacional, adesão à terapêutica e importância da auto-vigilância e auto-controlo metabólico.

Outras intervenções na comunidade incluem acções de prevenção e educação junto das comunidades escolares, por exemplo o envolvimento das equipas de saúde escolar e professores de educação física no diagnóstico das alterações de peso em jovens, parcerias com autarquias locais: “Escola Activa” e “Põe-te a mexer” (para crianças e jovens) - projectos “Viver mais” (+55 anos).

Foram estabelecidas parcerias com os municípios de Tavira, Castro Marim e Vila Tavira, Castro Marim e Vila Real no sentido dos profissionais de saúde poderem referenciar utentes diabéticos com glicémias elevadas, para a realização de actividade física nos pavilhões e /ou piscinas municipais, acompanhados de técnico de desporto das câmaras.

Outro elemento de articulação importante tem sido a criação de espaços de reflexão e aprendizagem, designadamente a criação de grupos de educação terapêutica inter-equipas e multidisciplinares e a promoção de reuniões de discussão de casos, integrando médicos e enfermeiros do ACES e da consulta de diabetologia do Hospital de Faro. Foram realizadas sessões mensais de apresentação de Casos Clínicos, com a participação directa dos diabetologistas do Hospital de Faro, tendo havido uma excelente adesão e participação dos profissionais do ACES. É esta a dinâmica e os intervenientes propostos para do Núcleo de Diabetes do ACES Sotavento.

O Núcleo de diabetes tem pelo menos um médico e um enfermeiro representante de cada unidade de saúde, perspectivando-se que estes elementos assumam um papel de

dinamizadores junto dos outros elementos da sua unidade, repliquem a formação, informação e até a motivação.

O presidente do conselho clínico foi eleito pelos restantes membros do Núcleo também presidente do Núcleo de Diabetes por o período de um ano. Foi dado início ao regulamento interno e manual de articulação. Estes documentos têm a finalidade de determinar as regras do seu funcionamento, nomeadamente a forma de eleição do seu presidente, suas funções, periodicidade com que se reúnem (mensalmente, salvo raras excepções), quem e como são convocados os membros, etc...

O manual de articulação é um instrumento fundamental, sobretudo na definição de circuitos de informação, comunicação e referenciação entre as diversas unidades, sectores prestadores de cuidados ou promotores de saúde e seus representantes.

Alguns dos resultados deste programa são já visíveis, como o aumento da taxa de diagnóstico e a criação de mecanismos internos de comunicação que promovem a acessibilidade.

Este projecto foi discutido com a direcção executiva, conselho clínico, saúde pública e núcleo de diabetes, com manifestação de agrado, aceitação e apoio ao seu desenvolvimento.

Foram implementadas algumas das referidas estratégias, com evidente envolvimento dos profissionais de saúde na melhoria organizacional, através da maior uniformidade e adequação na intervenção aos diferentes níveis, da criação de espaços de reflexão e aprendizagem.

A boa aceitação por parte dos profissionais reflectiu-se em mais de 80% de adesão às reuniões, 100% de adesão às formações, tendo mais de 80% de formandos avaliado a formação como Muito Boa.

8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Equacionar a gestão da complexidade multi-sistémica da Diabetes é muito mais do que perceber os processos fisiopatológicos adjacentes, promover competências profissionais que garantam o cumprimento de normas e procedimentos no âmbito das boas práticas (já bastante estudadas e delineadas) e organizar serviços de saúde que garantam a acessibilidade e a qualidade.

Para além da gestão integrada da doença, da literacia em saúde, das parcerias com recursos da comunidade, é fundamental o *empowerment* dos indivíduos, da comunidade e dos próprios profissionais de saúde e é emergente desenvolver estratégias de gestão integrada da saúde e elevar as parcerias a sinergias.

A gestão estratégica, efectiva e integrada tem que ser equacionada a nível local, baseada no diagnóstico da situação objectiva e real, com o recurso a instrumentos de planeamento e gestão com efectividade comprovada na sua aplicabilidade aos serviços de saúde.

As estratégias, iniciativas e actividades conducentes a ganhos em saúde estão definidas e com evidência científica demonstrada, sendo necessário alinhá-las com os objectivos pretendidos e os indicadores seleccionados, de entre um conjunto deles também testados.

A gestão integrada da diabetes aos seus quatro níveis de prevenção requer uma abordagem sistémica, holística e multidisciplinar, congregando esforços e sinergias comunitárias alinhadas a um objectivo comum: promover a saúde, prevenir a diabetes e suas complicações e reintegrar a pessoa com diabetes na sociedade.

9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – Absetz, P., Valve, R., Oldenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Ilvesmäki, V., Talja, M., & Uutela A. (2007, Outubro) Type 2 Diabetes Prevention in the "Real World": one-year results of the GOAL Implementation Trial. *Diabetes Care*. Recuperado em 2012, Março 19. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17586741>
- 2 – Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E., & Lustman, P.J. (2001, Junho) The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. Recuperado em 2012, Março 19. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/24/6/1069.full>
- 3 – Anderson, R., & Funnell, M.,. (2009, Agosto) Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. University of Michigan Medical School. Department of Medical Education. University of Michigan Medical School. USA. Recuperado em 2012, Março 18. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879465/>
- 4 - ARS Algarve, Departamento de Contratualização (2010). Relatório do Programado Rastreio e Tratamento da Retinopatia Diabética do Algarve de 2010. Recuperado em 2012, Janeiro 12. Disponível em: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/index.php?option=com_content&view=article&id=141&Itemid=116&lang=pt
- 5 – August, G.P., Caprio, S., Fennoy, I., Freemark, M., Kaufman, F.R., Lustig, R.H., Silverstein, J.H., Speiser, P.W., Styne, D.M., & Montori, V.M.(2008, Dezembro). Prevention and treatment of pediatric obesity: an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion. *J Clin Endocrinol Metab*. Endocrine Society. Recuperado em 2012, Mar 15. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18782869>
- 6- Boavida, J. M., Cardoso, M., Duarte, R., Duarte, J., Ferreira, H., Medina, J., Nunes, J., Pereira, M., Raposo, J., & Vaz, C. (2010, Fevereiro). Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. *Diabetes: Factos e Números 2009*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Recuperado em 2012, Mar 25. 52p. Disponível em: <http://www.spd.pt/images/relatorioanualdiabetes%20fev%202011.pdf>
- 7 – Boavida, J. M., Fragoso, A.J., Cardoso, S., Duarte, R., Ferreira, H., Guerra, F., Medina, J., Nunes, J., Pereira, M., & Raposo J. (2012, fevereiro). Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. *Diabetes: Factos e Números 2011*. 3ª ed. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Recuperado em 2012, Março 25. 56p. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?pl=&id=5519&acess=0>
- 8 – Brohall, G., Oden, A., & Fagerberg, B. (2006). Carotid artery intima-media thickness in patients with Type 2 diabetes mellitus and impaired glucose tolerance: a systematic review. *DiabetMed*. Recuperado em 2012, Março 25. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16759301>
- 9 – Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010) Tackling chronic disease in Europe Strategies, interventions and challenges. Recuperado em 2012, Março 20. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf

- 10 – Calhau, A., R., L. (2009). Conceção de um Sistema de Balanced Scorecard para o Serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Engenharia Biomédica, Instituto Superior Técnico, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Recuperado em 2012, Março 14. Disponível em:
<https://dspace.ist.utl.pt/bitstream/2295/329546/1/Tese%20de%20Mestrado.pdf>
- 11 – Cohen, L., & Sana, C. (2010). The Imperative for Primary Prevention. Prevention is primary: strategies for Community Wellbeing. Prevention Institute. Recuperado em 2012, Março 2. Disponível em:
http://media.wiley.com/product_data/excerpt/53/04705509/0470550953.pdf.
- 12 – Colagiuri, S., Vita, P., Cardona-Morrell, M., Singh, M., Farrell, L., Milat, A., Haas, M., & Bauman, A. (2010) The Sydney Diabetes Prevention Program: A community-based translational BMC Public Health. Recuperado em 2012, Março 17.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2898827/pdf/1471-2458-10-328.pdf>
- 13 – Danaei, G., Finucane, M., Lu, Y., & Singh, G. (2011). National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 Million participants. Recuperado em 2012, Março 17.
Disponível em: <http://www.natap.org/2011/newsUpdates/PIIS014067361160679X.pdf>
- 14 – Edwards, M., Wood, F., Myfanwy, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. Department of Primary Care and Public Health. School of Medicine. Cardiff University. Heath Park. Cardiff CF14 4XN, UK, School of Social Science. Bangor University. Neuadd Ogwen. LL57 2DG UK. BMC Public Health. Recuperado em 2012 Março 22. Disponível em:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/130>
- 15 – Einarson, R., Hunchuck, J., & Hemels, M. (2010) Relationship between blood glucose and carotid intima media thickness. A meta-analysis: Cardiovascular Diabetology. [Recuperado em 2012 Mar 25. Disponível em: <http://www.cardiab.com/content/9/1/37>
- 16 - GUERRA, I., & AMORIM, A. (2001) Construção de um Projecto. Lisboa. p. 3.2.
- 17 – Heideman, W., Nierkens, V., Stronks, K., Middelkoop, B., Twisk, J., Verhoeff, A., Wit, M., & Snoek, F. (2011, Setembro). DiAlert: a lifestyle education programme aimed at people with a positive family history of type 2 diabetes and overweight, study protocol of a randomised controlled trial. BMC Public Health. Recuperado em 2012, Março 15.
Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191517/>
- 18 - IMPERATORI, E.; & GIRALDES, M. R. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. p. 29
- 19 - International Diabetes Federation. (2009). Atlas da Diabetes da FID. (4ª ed)
- 20 - International Diabetes Federation. (2011). Atlas da Diabetes da FID. (5ª ed.). Recuperado em 2012, Março 15. Disponível em:
<http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/prologo?language=es>

- 21- International Diabetes Federation. (2011). Mission. (5ª ed.). Recuperado em 2012, Março 15.
Disponível em: <http://www.idf.org/mission>
- 22 - International Diabetes Federation . (2011). Guia de la FID para la promoción y la defensa pública de la declaración política surgida de la cumbre de alto nivel de la ONU sobre ent, celebrada en 2011. Recuperado em 2012, Março 9. Disponível em:
<http://www.idf.org/sites/default/files/pictures/Advocacy%20Guide%20-%20Spanish.pdf>
- 23 - International Diabetes Federation . (2011). Plan Mundial Contra la Diabetes 2011-2021. Recuperado em 2012, Março 9. Disponível em: <http://www.idf.org/global-diabetes-plan-2011-2021>
- 24 - International Diabetes Federation. (2007). Recomendações para o tratamento da glicemia pós-prandial. Recuperado em 2012, Março 9. Disponível em:
http://www.idf.org/webdata/docs/Portuguese%20P_GMPG%20Final%2010108.pdf
- 25 – Jamoulle, M. (2011). Médecine de famille, dérives et limites. Primary Care Health Care Innovation Seminar Quaternary Prevention. Concept, Teaching, Cost, Equity and Health Policy. Barcelona (Spain). Recuperado em 2012, Março 8. Disponível em:
http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm ; http://docpatient.net/mj/P4_Brasilia2011_po.pdf
http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/si/ok14h_marc_jamoulle_mesa_4.pdf
http://www.primary-care.ch/pdf_d/2010/2010-18/2010-18-368_ELPS_port.pdf
- 26 – Jansà, M., Diaz, M., Franch, J., Vidal, M., & Gomis R. (2010, Março) Anthropologic study of immigrant patients with T2DM from Morocco to Spain. Practical implications for therapeutic patient education. Spain. European Diabetes Nurse. Volume 7. pages 24-28. Recuperado em 2012, Março 9. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/edn.151/full>
- 27 – Júnior, O., & Scucuglia, R. (2010). Metodologia GAUSS para Mapeamento e Gestão Por Processos – BPM (Business Process Management). Gestão Orientada à ENTREGA por meio dos OBJETOS. Brasil. Recuperado em 2012, Fevereiro 26. Disponível em:
http://www.gaussconsulting.com.br/imagens/corpo_livro_2010_A6_finalizado.pdf
- 28 – Laatikainen, T., Dunbar, J., Chapman, A., Kilkkinen, A., Vartiainen, E., Heistaro, S., Philpot, B., Absetz, B., Bunker, S., & O'Neil, A. (2007) Prevention of Type 2 Diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting: Greater Green Triangle (GGT). Diabetes Prevention Project. recuperado em 2012 Março 3. Disponível em:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/249>
- 29 - Ladeira, A. T. G. L. (2009). Avaliação da performance numa organização de saúde: o caso da Clínica de Santo António. Lisboa. Tese de mestrado. Recuperado em 2012, Março 13.
Disponível em [www:<http://hdl.handle.net/10071/1694>](http://hdl.handle.net/10071/1694).
- 30 – Mariotti, H., & Zauhy, (2010) C. Gestão da complexidade. Ferramentas Conceituais e Práticas. Recuperado em 2012, Março 14.
Disponível em: <http://www.humbertomariotti.com.br/gestao.html>
- 31 - Mariotti H. (2010). Pensando diferente. Para Lidar com a Complexidade, a Incerteza e a Ilusão. (1ª ed.) Editora Atlas. São Paulo. 320 pág.

32 – Mariotti, H. (2008). Sinergia, criatividade e complexidade. revista Thot. São Paulo. 2008. Recuperado em 2012, Março 12. Disponível em: <http://www.humbertomariotti.com.br/sinergia.html>

33 – Matos, L. F. (2006). A utilização do balanced scorecard para monitorar o desempenho de um hospital. Universidade do Minho. Escola de Engenharia. Mestrado em Sistemas de Informação. Recuperado em 2012, Março 13. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7185/1/A%20utiliza%c3%a7%c3%a3o%20do%20BSC%20para%20monitorar%20o%20desempenho%20de%20um%20hospit.pdf>

34 – McDowell, M.N., Inverarity, K., Gilmour, H., & Grace L. (2012, Março) Professionals' perceptions of type 2 diabetes in primary care during a service redesign. European Diabetes Nursing. pages 6–11. Recuperado 2012, Março 13. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/edn.196/abstract> (22 de Março 2012)

35 - Naciones Unidas. Asamblea General. (2011, Setembro 19). Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Tema 117 del programa. Recuperado em 2012 Março 23. Disponível em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1&referer=/english/&Lang=S

36 -NUNES, L., & et al (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de Etápas Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Percursos. Publicações da área Disciplinar de Enfermagem, nº 15. Recuperado em 2011 Setembro 4. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

37 - Ó Nascimento, D.,& Loureiro, I. L. (2007) Adesão ao Regime Terapêutico da Diabetes. Artigo Original. Revista Portuguesa de Diabetes. 2007. volume 6 nº1, 18-21p.

38 - Parlamento europeu, Bruxelas (2012). Resolução do Parlamento Europeu sobre as medidas para fazer face a epidemia de diabetes na EU. Recuperado em 2012 Março 28. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0E4D7C7F-62F9-443A-BB65-D5EFE088FE4C/0/i017142.pdf>
http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1&referer=/english/&Lang=S.

39 - PENA, Rui, & e tal – Metodologia de planeamento de Projectos por Objectivos. Tipografia Mega

40 – Pilnick, A., Dingwall, R., & Starkey, K. (2001) Policy and Practice - Disease management: definitions, difficulties and future directions. US. Recuperado em 2012 Março 12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566501/pdf/11545333.pdf>

41 - PIRES, V. (2010, Dezembro). Factores de Mau Prognóstico no Pé Diabético: Análise de uma Consulta Multidisciplinar de Pé Diabético. Revista Portuguesa de Diabetes. p 148-153; Volume 5

42- Portugal. Assembleia da Republica (2008, Fevereiro 22). Decreto-Lei nº 28/2008. Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Diário da Republica, Série I (38), 1182- 1189.

- 43 – Portugal, Ministério da Saúde (2010). Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Gestão da doença. Lisboa. Recuperado em 2012, Fevereiro 22. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/%C3%81reaseUnidades/FinanciamentoeContratualiza%C3%A7%C3%A3o/Gest%C3%A3odaDoen%C3%A7a/tabid/411/language/en-US/Default.aspx>
- 44 - Portugal, Ministério da Saúde (2011). Direcção-Geral da Saúde. Orientação técnica número 003/2011 de 21/01/2011. Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético.
- 45 – Portugal, Ministério da Saúde (2004). Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa (Portugal). Vol. I Prioridades, 88 p. Vol. II Orientações estratégicas. 216 p. Recuperado em 2012, Março 12. Disponível em: ISBN 972-675-109-8
ISBN Coleção: 972-675-108-X http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf
http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf
- 46 - Portugal, Ministério da Saúde (2011). Documento Estratégico. Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Recuperado em 2012, Março 5. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2011-2016.pdf>
- 47 - Portugal, Ministério da Saúde (2008). Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa. Recuperado em 2012, Março 12. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?pl=&id=5519&access=0>
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013261.pdf>
- 48 – Portugal, Ministério da Saúde (2006). Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar. Despacho n.º 12.045/2006, de 7 de Junho. Diário da República II Série.
- 49 – Portugal, Ministério da Saúde (2009). Gabinete do secretário de estado adjunto da saúde. Memorando sobre gestão da doença. Lisboa. Recuperado em 2012, Janeiro 12.
<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Memorando%20sobre%20gestão%20da%20doença.pdf>
- 50 - Kanavos P., Aardweg, S., & Schurer, W. (2012) Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries / LSE Health. London School of Economics. Recuperado 2012, Março 25. Disponível em: <http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/research/LSEHealth/MTRG/LSEDiabetesReport26Jan2012.pdf>
- 51 - Kaplan, Robert, S.; Norton, & David, P. (1997) A estratégia em acção: Balanced Scorecard. (3ª ed.). Rio de Janeiro.
- 52 - Kaplan, R.S.; & Noroton, D.P. (2000) Balanced scorecard – indicadores que impulsionam o Desempenho. Medindo o desempenho empresarial. Harvard Business. Rio de Janeiro.
- 53 - K.G.M.M., Alberti, Zimmet, P., & Shaw, J. (2007) International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 Diabetes prevention. Diabetic Medicine, 24, 451-463.
- 54 – Kilkkinen, A., Heistaro, S., Laatikainen, T., Janus, E., Chapman, A., Absetz, P., Dunbar, J., Vartiainen, E., Philpot, B., O’Neil, A., Reddy, P., & Best, J. (2007) Prevention of type 2 diabetes

in a primary health care setting: Interim results from the Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project. *DiabResClinPract*. Recuperado em 2012 Março. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2039742/>

55 – Reinhard, R., Bümel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. World Health Organization 2010 .European Observatory on Health Systems and Policies. United Kingdom. Recuperado em 2012 Março 5. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf

56 - Regional Committee for Europe EUR/RC61/10 (2011, Março). First meeting of the European Health Policy Forum for High-Level Government officials /09 110452 - Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action. Andorra. Recuperado em 2012 Março 23. Disponível http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/134300/09E_StrengtheningPublicHealthFramework_110452_eng.pdf

57 - Regional Committee for Europe (2010, Julho). Sixtieth session Moscow, 13–16 September 2010. Addressing key public health and health policy challenges in Europe: moving forwards in the quest for better health in the WHO European Region. Moscow. recuperado em 2012 Março 7. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/119539/RC60_edoc13.pdf

58 - Singh, N., Armstrong, D.G., & Lipsky, B.A. (2005) Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA*. 293: 217–228.

59 – Tirosh, A., Shai, I., Afek, A., Dubnov-Raz, G., Ayalon, N., Gordon, B., & Derazne ,E. (2011, Abril). Adolescent BMI trajectory and risk of diabetes versus coronary disease. *N Engl J Med*. Recuperado em 2012 Março 2. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1006992>

60 – Zarcadoolas, C., Pleasant, A., Greer, D.S. (2003) Elaborating a definition of health literacy: a commentary. *J Health Commun*. Recuperado em 2012 Fevereiro 8. 119-120.

61 - World Health Organization (OMS). (2003) Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions?. Recuperado em 2012 Março 6. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/74720/E82974.pdf

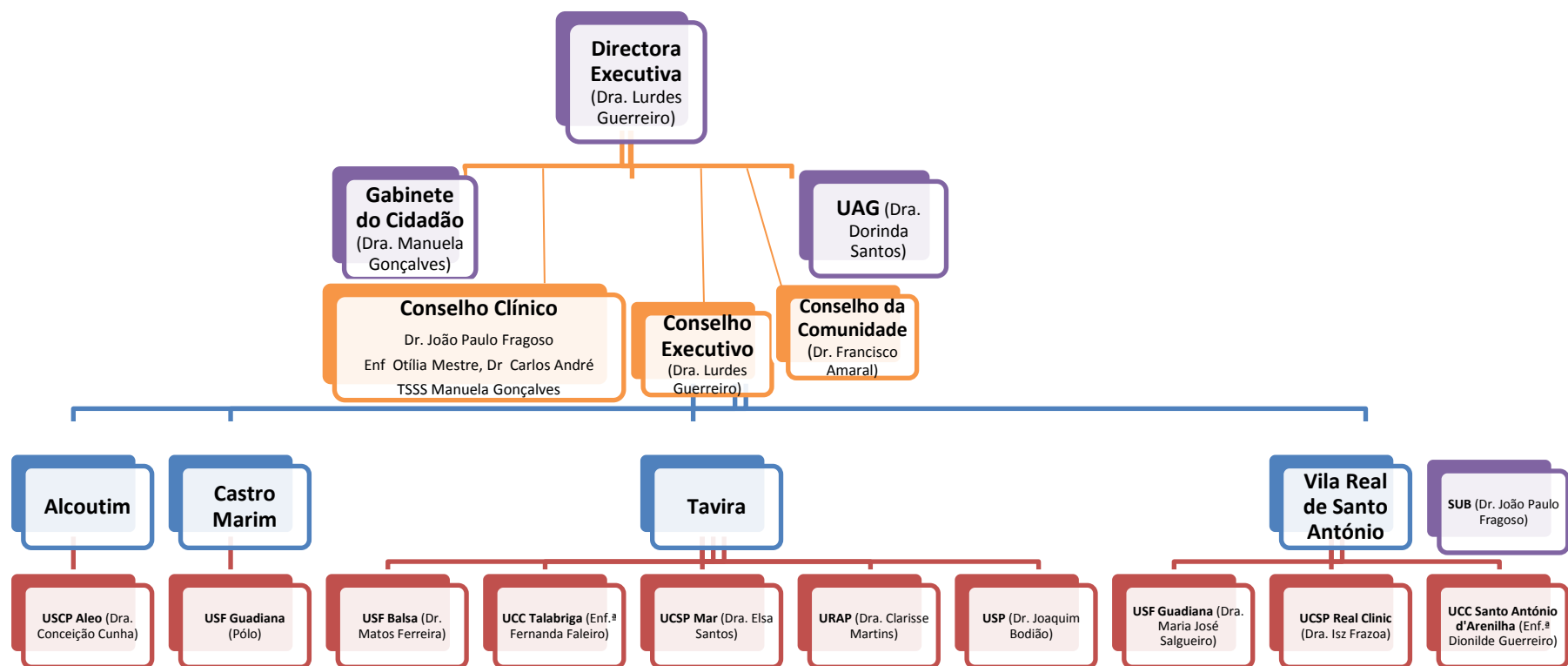
62 - World Health Organization (OMS). Diabetes programme. Recuperado em 2012 Março 10. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/en/>

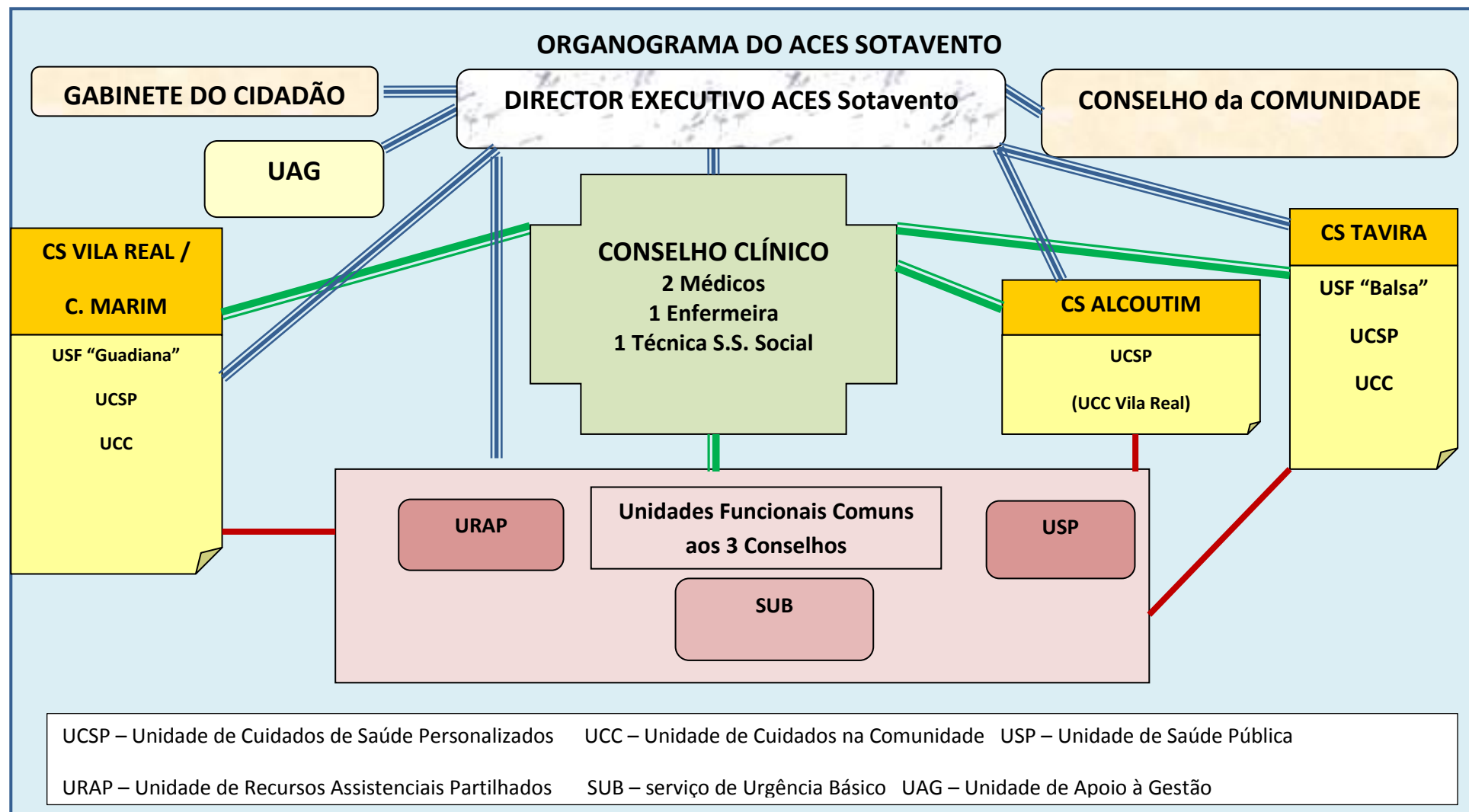
63 - Work Breakdown Structure information and WBS samples. Recuperado em 2012 Março 10. Disponível em: <http://workbreakdownstructure.com/>

ANEXOS

ANEXO I – PROYECTO “DiabGest”

II – ORGANOGRAMA DO ACES SOTAVENTO





ANEXO III – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DO PROJECTO “GestinDiab”

RONOGRAMA DE ACTIVIDADES do PROJECTO

		Dinamizadores * Focos de Intervenção»														Período temporal			
		Órgãos Gestão			UNIDADES FUNCIONAIS DO ACES SOTAVENTO								Recursos da Comunidade			Trimestres 2012/13			
a)	Actividades	D Executiva	C Comunidade	C Clínico	USP	2 UCC	URAP	2 USF	3 UCSP	SUB	Núcleo	Hospital	Autarquias	Escolas	Outros	3º	4º	1º	2º
Deficiente controlo Terapêutico	Divulgação de orientações técnicas de "Boas Práticas" e Guidelines na diabetes			*	*	»	»	»	»	»	»					x	x	x	x
	Criação, clarificação e/ou divulgação de critérios e instrumentos de referenciação aos vários níveis de cuidados e de parcerias com a comunidade	*		*		»	»	»	»		»	»	»	»	»		x		
	Monitorização sistemática da utilização de Medidor de HbA1c na consulta			*		»	»	»	»							x			
	Actualização e Activação do Site: Fórum de discussão, Biblioteca On-Line			*		»	»	»	»	»					*ARS	x	x	x	x
	Formação contínua aos profissionais de saúde			*		»	»	»	»	»					*ARS	x	x		
prevenção da incidência Inexistência de estratégia de	Aplicação de ficha de avaliação de risco de Diabetes tipo2 aos utilizadores com 40 e mais anos					*	*	*	*								x	x	x
	Aplicação de ficha de avaliação de risco de Diabetes tipo2 aos utilizadores com risco identificado ou suspeito					*	*	*	*										
	Realização de Rastreios da Diabetes organizados na comunidade					*											x	x	x
	Implementação / desenvolvimento de programas de intervenção comunitária na prevenção primária				*	*											x	x	x

Informação á população sobre a Diabetes e factores de risco				*	*												X	X	X
---	--	--	--	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES do PROJECTO

		Dinamizadores * «Focos de Intervenção»													Período temporal					
		Órgãos Gestão			UNIDADES FUNCIONAIS DO ACES SOTAVENTO								Recursos da Comunidade			Trimestres 2012/13				
		D Executiva	C Comunidade	C Clínico	USP	2 UCC	URAP	2 USF	3 UCSP	SUB	Núcleo	Hospital	Autarquias	Escolas	Outros	3º	4º	1º	2º	
Falta de planeamento de Programa de Gestão Integrada da Diabetes	Actividades																			
	Elaboração de regulamento interno e manual de articulação do ND			*							x	x				x				
	Validação do regulamento interno e manual de articulação do ND	*	*	*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	ARS*		x			
	Eleição anual do "Presidente" do Núcleo entre os membros										*					x				
	Monitorização sistematicamente das actividades desenvolvidas pelo ND			*	*											x	x	x	x	
	Oficialização de parcerias estabelecidas com Autarquias no âmbito da actividade física	*		*										»	»	»	x	x		
	Identificação de recursos comunitários e criação de parcerias p estilos de vida saudáveis.	*		*	*													x	x	x
	Recolha, análise e divulgação sistemática de informação			*	*	»	»	»	»	»	»						x	x	x	x
	Avaliação da qualidade clínica (médica e de enfermagem) dos cuidados de saúde ao diabético (indicadores do PNCPD)			*		»	»	»	»	»	»							x	x	x
	Realização de auditorias externas aos registos médicos e de enfermagem			*		»	»	»	»	»	»							x	x	x
	Monitorização periódica á correcta utilização do Guia Pessoa com Diabetes			*		»	»	»	»	»	»							x	x	x
	Monitorização dos rastreios contractualizados (retinopatia)			*	*								»			ARS»		x	x	x

	Monitorização semestral do nº Diabéticos por ficheiro / nº de horas previstas para Diabéticos			*		»	»	»	»	»	»						X		X
--	---	--	--	---	--	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	---	--	---

